

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA  
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS

## **SISTEMA DE SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL NO ESTADO DO PARANÁ**

Autores: Helen do Rocio Moraes  
Samuel Camargo de Lima

Capa do Trabalho de Conclusão do Curso apresentado  
à Universidade Federal do Paraná para obtenção de  
título de Especialista em Administração de Pessoas.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Bulgacov.

**CURITIBA - PR**

**2007**

*“TUDO QUE É JOVEM UM DIA ENVELHECE.  
TODA BELEZA FENECE, TODO  
CALOR ESFRIA, TODO BRILHO SE APAGA,  
E TODA VERDADE SE TORNA INSÍPIDA  
E TRIVIAL, POIS TODAS ESSAS  
COISAS UM DIA TOMARAM FORMA, E  
TODAS AS FORMAS ESTÃO SUJEITAS A  
AÇÃO DO TEMPO: ENVELHECEM, ADOECEM,  
DESINTEGRAM-SE CASO NÃO SE  
TRANSFORMEM.”*

JUNG

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida que nos deu e preserva.

Ao orientador, **Professor Dr. Sérgio Bulgacov**, que desde o primeiro momento incentivou e permitiu que a vontade se tornasse realidade.

A Universidade Federal do Paraná, na pessoa da coordenadora **Professora Dra. Mirian Palmeira**.

Aos nossos familiares, a quem atribuímos todo o sucesso de nossas realizações.

Ao Dr. Tizzot, pela presteza e gentileza de levantar o material necessário para o estudo.

Aos nossos colegas de trabalho pelo companheirismo, amizade e carinho dedicado durante esta jornada.

Aos professores e colegas de curso pelos momentos inesquecíveis, pela compreensão, apoio e companheirismo dedicados.

Aos funcionários da Pós-graduação, Natan e Douglas.

A todos que contribuíram no desenvolvimento deste trabalho, obrigado.

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
1.1. PROBLEMA DA PESQUISA.....	7
1.2. OBJETIVOS .....	7
1.2.1. Objetivo Geral .....	7
1.2.2. Objetivos Específicos.....	7
1.3. JUSTIFICATIVA.....	7
<b>CAPÍTULO II – REVISÃO TEÓRICA – EMPÍRICA .....</b>	<b>8</b>
2.1. HISTÓRICO DAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS DE SAÚDE... 8	8
2.1.1. Modos de Remuneração.....	8
2.2. REMUNERAÇÃO DE INSTITUIÇÕES – CLÍNICAS, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA, HOSPITAIS .....	12
2.2.1. Pós-pagamento.....	12
2.2.2. Pré-pagamento .....	14
2.2.3. Orçamentos Globais .....	15
2.3. PRIORIDADE X ESCASSEZ EM SAÚDE – VISÃO POLÍTICA .....	16
2.3.1. Uma Proposta de Solução .....	17
2.4. A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR .....	19
2.4.1. A ANS e o Equilíbrio do Setor .....	19
2.4.2. Abrangência Geográfica .....	19
2.4.3. Cobertura Assistencial Obrigatória .....	20
2.4.4. Exclusões para Todos os Tipos de Planos.....	21
2.5. REGISTRO DE PROJETO – PLANO DE SAÚDE PARA O SERVIDOR PÚBLICO .....	21
2.5.1. Objetivo .....	21
2.5.2. Metas .....	21
2.5.3. Recursos Estratégicos .....	22
2.5.3.1. Recursos Financeiros .....	22
2.5.3.2. Recursos Humanos .....	22
2.5.3.3. Recursos Administrativos .....	22
2.5.4. Resultados Pretendidos.....	22
2.5.5. Abrangência.....	22
2.6. SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS .....	22
2.6.1. DEPUTADOS CONHECEM MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO PARANÁ.....	24
2.6.2. Modelos Alternativos Servem de Inspiração .....	25
2.7. MUDANÇA DE GOVERNO .....	26
2.7.1. Governo Definirá Propostas para o SAS .....	26
2.7.2. Hospital da PM Volta a Funcionar em Maio .....	27
<b>CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
3.1. TIPO DE PESQUISA .....	29
3.2. POPULAÇÃO.....	29
3.3. AMOSTRA .....	29
3.4. COLETA DE DADOS.....	29
3.5. INSTRUMENTO .....	30
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>31</b>
4.1. RESULTADOS.....	31
4.1.1. Definição da População para Amostra .....	31
4.1.2. Escala de Likert de Satisfação e Qualidade dos Serviços .....	31
4.1.3. Tempo Médio para Consulta, Exame, Procedimento Cirúrgico .....	33
4.1.4. Deficiências do Sistema Apresentadas pelos Beneficiários.....	35
4.2. ANÁLISE DOS DADOS .....	35

**CAPÍTULO V – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL..... 36**

5.1. A EMPRESA ..... 36

5.1.1. Descrição da empresa ..... 36

5.1.2. Sistema de Assistência à Saúde ..... 38

5.2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO ..... 38

5.2.1. Conceito, Paradigmas e Decretos de Criação..... 38

5.2.2. Distribuição Geográfica – Regionalização..... 39

5.2.3. Atendimentos e Coberturas ..... 39

5.2.4. Aceitabilidade – Pesquisa de Opinião ..... 40

5.2.5. Estrutura Física e Funcional ..... 41

5.2.6. Pontos Positivos ..... 41

5.2.7. Pontos Negativos ..... 42

5.2.8. SAS Prestadores de Serviço ..... 42

5.2.9. Hospitais cadastrados..... 42

5.3. PESQUISA, MUDANÇAS E LICITAÇÕES ..... 43

5.3.1. Pesquisa ..... 43

5.3.2. Mudanças ..... 43

5.3.3. Licitações ..... 44

5.4. DADOS ATUAIS DO SISTEMA ..... 44

5.4.1. Total de Beneficiários ..... 44

5.4.2. Custo por Beneficiário..... 44

5.4.3. Repasse ..... 44

5.4.4. Tipo de Controle entre Serviços Pagos e Beneficiários Atendidos ..... 45

5.4.5. SAS Tem 30 Pontos de Atendimento em Todo o Estado ..... 45

**CAPÍTULO VI – RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO..... 46**

6.1. RECOMENDAÇÕES ..... 46

6.2. CONCLUSÃO ..... 49

6.3. REFERÊNCIAS ..... 51

6.4. ANEXOS ..... 52

Anexo I - Organograma da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência ..... 52

Anexo II - Legenda do Organograma da SEAP ..... 53

Anexo III - Decreto da Criação do Sistema de Assistência à Saúde ..... 54

Anexo IV - Decreto da Aprovação do Regulamento do SAS ..... 64

Anexo V - Questionário de Avaliação do Sistema de Assistência à Saúde ..... 67

## Capítulo I – INTRODUÇÃO

*O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.*

*Fernando Pessoa*

Este estudo foi realizado com o intuito de conhecer e compreender melhor o atual Sistema de Assistência à Saúde – SAS, do servidor público paranaense, bem como, avaliar às expectativas do governo e dos beneficiários em relação ao sistema e continuidade do mesmo.

O conteúdo da presente monografia foi dividido em seis capítulos.

No primeiro capítulo será identificado o problema, objetivo geral e específico, e apresentada a justificativa sobre a relevância do tema.

No segundo capítulo serão fundamentados princípios sobre sistemas de saúde e pronunciamentos sobre o SAS.

No terceiro capítulo será detalhada a metodologia aplicada no estudo.

No quarto capítulo serão demonstrados os resultados das pesquisas, e efetuada a análise de dados.

No quinto capítulo descreve-se um diagnóstico da situação atual do SAS.

No sexto e último capítulo, faremos à comparação das expectativas do governo e beneficiários, e proporemos uma nova forma de assistência à saúde do servidor público paranaense, objetivando a participação global de todos os servidores.

## **1.1. PROBLEMA DA PESQUISA**

Qual o impacto do SAS do Estado do Paraná em relação aos custos e benefícios percebidos pelos servidores?

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo Geral**

Caracterizar os efeitos do SAS em termos de custos para o Estado e a percepção dos servidores estaduais em termos de benefícios gerados.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- ❖ Descrever o SAS atual.
- ❖ Descrever os custos administrativos e operacionais do SAS para o Estado.
- ❖ Caracterizar a percepção dos servidores quanto aos benefícios gerados para o Estado e os próprios servidores.
- ❖ Recomendar ações para o adequado aproveitamento dos recursos do Estado destinados ao SAS, e sobre a continuidade do Sistema.

## **1.3. JUSTIFICATIVA**

Analisar, os custos para o Estado e a percepção dos servidores em relação aos benefícios gerados pelo Sistema de Assistência à Saúde – SAS, considerando o Estado do Paraná enquanto gestor e controlador da qualidade dos serviços prestados.

## **Capítulo II – REVISÃO TEÓRICA – EMPÍRICA**

### **2.1. HISTÓRICO DAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PESSOAIS DE SAÚDE**

Embora várias formas de remuneração tenham sido encontradas ao longo do tempo, o pós-pagamento por ato médico ou profissional é a mais conhecida, em consonância com a tradicional prática liberal, que acabava dirigida para as camadas mais abastadas da população (ROEMER, 1979).

Com a industrialização e a constituição de fundos mútuos, precursores do seguro social, estes também passam a estabelecer relações com os médicos, já baseadas em outras formas de remuneração, embora se desconheça sua magnitude: “... Os fundos de assistência mútuos mais antigos... não pagavam médicos... adicionaram somente benefícios médicos durante o século dezenove.

Eles o fizeram de maneira simples: cada organização recrutava um ou poucos médicos como responsáveis por seus membros... Desde que o médico tinha um contrato estabelecido com um número definido de beneficiários, ele pode ser pago de acordo com isto – por um reembolso, salário ou taxa de captação – ao invés dos honorários itemizados que ele cobrava no mercado...” (GLASER, 1991, pp.224-225).

No entanto, com o desenvolvimento do seguro social e sua extensão a camadas mais amplas da população, prevaleceu à forma liberal remunerada por ato, tanto por pressões da categoria médica, quanto pelo desejo de livre-escolha por parte dos beneficiários. Somente após os anos 50, o crescimento dos custos tem induzido a discussão de formas alternativas de remuneração.

#### **2.1.1. Modos de Remuneração**

De modo geral, os modos de remuneração ou as transferências financeiras dividem-se em (UGÁ, 1994):

- a) ex - post (pós – pagamento), modos em que o pagamento se dá após a produção efetiva do serviço;
- b) ex - ante (pré – pagamento), em que é calculado um valor prévio independente da produção, por variados critérios, em geral populacionais;



- c) esquemas mistos, em que a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas, para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

Esta classificação geral, por sua vez, apresenta especificidades, conforme se trate do financiamento de profissionais de saúde, entre eles os médicos e de instituições – hospitais e clínicas.

Uma questão básica subjacente discussão sobre os modos de remuneração são os princípios que norteiam o financiamento do sistema em questão. Para um mesmo modo, por exemplo, os resultados podem ser distintos na dependência da lógica reinante. As principais seriam:

- A lógica do seguro – está baseada no princípio de que os cuidados à saúde são decorrentes de riscos de adoecimento, que são aleatórios, podendo ser mais bem dissipados em se considerando grandes números de indivíduos. Constitui na formação de um fundo, limitado, baseado num cálculo dito atuarial, devendo ser bastante preciso para a garantia da saúde financeira do fundo, e que é utilizado quando se apresentar um sinistro, no caso a doença requer cuidados. Este fundo tanto pode ser de iniciativa de um grupo de indivíduos ou uma empresa, que é denominado fundo fechado ou de uma empresa comercial ou não – lucrativa de forma aberta a quem quiser aderir. As prestações de saúde estão limitadas pelo fundo. O seguro requer uma responsabilização, em última análise, de quem arca com despesas que fiquem além do disponível no fundo: o indivíduo contratante, a empresa que co-financia seguro para seus empregados, decorrente de acordos coletivos, a instituição seguradora que lança mão de seus recursos acumulados para cobrir o déficit.
  - A lógica do seguro combina com o financiamento como responsabilidade da esfera individual, seja o próprio indivíduo/família, seja sua associação voluntária com outros (mutualismo), seja decorrente das diferentes capacidades de pressão dentro das relações capital-trabalho (financiamento misto empresa/indivíduo). Vários foram os problemas associados ao seguro como forma de viabilizar a responsabilidade individual, neste ambiente de custos crescentes da oferta de serviços de saúde e de liberdade de organização de entidades seguradoras (as chamadas falhas de mercado da teoria neoclássica – MUSGROVE, 1999):
1. Risco moral – incentivo para o segurado comportar-se diferentemente porque tem seguro – consumir mais e serviços de menos custo - efetivos (por exemplo, um hospital para um problema simples), reduzir auto-cuidados preventivos. Em função deste aumento de utilização, os

prêmios (contribuições) seriam mais caros. Musgrove (1999) admite que, neste caso, há escassas evidências empíricas sobre a sua importância.

2. Seleção adversa – seleção de clientes custosos, adversos ao interesse das seguradoras, em função da percepção, mesmo distorcida, dos próprios riscos de saúde. Uma resposta para isto é a diferenciação de preço de acordo com o risco, o que acaba expulsando deste mercado parcela da população, até porque o maior risco de saúde agrava as possibilidades financeiras da família.
3. Seleção de risco – para resguardar-se da falha acima, as seguradoras desenvolvem sistemas para filtrar indivíduos ou condições especiais de alto risco (como os velhos ou os portadores de determinadas categorias), aumentando seus gastos administrativos ou criando barreiras para a admissão. Isto é particularmente caro para os candidatos individuais ao seguro e não quando este cobre grupos populacionais onde a possibilidade de seleção adversa é menor e, portanto, o prêmio pode ser mais barato.

As conseqüências identificadas são as iniquidades da atenção, pois os indivíduos de maior risco são aqueles que mais probabilidade tem de não obter seguro ou obtê-lo por um preço alto que agrave seu risco já aumentado. Aos idosos, tornou-se necessário criar um seguro social. Além disso, os custos administrativos são significativamente maiores do que em sistemas baseados em seguros sociais.

Uma forma de transição desta lógica é quando o Estado co-participa do fundo, como no caso do seguro ou previdência social, pois embora teoricamente esta participação esteja limitada, freqüentemente ao Estado cabe lançar mão de recursos gerais para cobrir seus déficits.

É importante destacar, contudo, que há diferenças técnicas substanciais entre o seguro privado e o seguro social: o caráter compulsório do último, não selecionando riscos, acarreta uma diminuição dos custos, inclusive por não demandar despesas com emissão de apólices, propaganda e corretagem. Isto tem como conseqüência a possibilidade de sua extensão a amplos contingentes populacionais, inclusive àqueles dificilmente interessantes para as empresas privadas, como os idosos (GENTILE de MELLO, 1964; ANDREAZZI, 1991).

Finalmente, têm se tentado resolver a questão da seleção de risco, colocada na conjuntura e grave, tanto para carteiras de seguro, quanto para os prestadores que participam de contratos de remuneração com transferência de riscos, com propostas de ajustes de risco, mantendo-se a estrutura competitiva do mercado

(POLZER, 1994): são transferências feitas por uma entidade reguladora entre planos de saúde, baseadas no risco da população coberta, embora... "Enquanto alguns que investiram em desenvolver métodos para ajustar os prêmios pelos riscos estão obstinados quanto às possibilidades, outros pesquisadores são cautelosos sobre o potencial do ajuste de risco; muitos analistas são cépticos"... (POLZER, 1994 p.448).

- A lógica da caridade – seja privada, civil ou religiosa – e da atenção pública residual, sobre populações-alvo – é o contrapeso da responsabilidade individual e da lógica do seguro, já que elas deixam descobertas parcelas significativas da população. O fundo é limitado por aspectos políticos ligados à legitimação e pressão política de grupos interessados. Cabe em última análise aos indivíduos arcar (mais freqüentemente não arcar) com as necessidades que ficarem aquém do fundo.
- A lógica do direito – parte do princípio de que grupos de indivíduos (como no caso de trabalhadores formais) ou seu conjunto devem ascender aos cuidados de saúde e que é de responsabilidade coletiva seu financiamento. Só é viabilizado através de um Estado (ou uma forma mais avançada de gerência das coisas públicas) que recolha imposto e contribuições para tal. Não se propõe como o seguro, administrar apenas um fundo para cobrir riscos de adoecimento e cuidados daí decorrentes. Já que é de sua responsabilidade arcar com as despesas além do fundo, tende a tratar a saúde de uma forma mais abrangente. Pode atuar sobre seus determinantes ligados às condições de vida das pessoas. Pode criar riqueza que lhe permita cobrir necessidades e custos crescentes. Os recursos podem ser dinamicamente (no tempo) ilimitados. Certamente são colocadas para a sociedade opções de utilização dos recursos conjunturalmente limitados. É na decisão sobre as prioridades de alocação dos recursos que se pode avaliar o grau de democracia, ou seja, de afirmação prática das decisões majoritárias dentro do Estado em questão. Ou seja, quanto mais igualitárias são as possibilidades de usufruir os benefícios criados pela sociedade, menos permeada por oportunismo será a discussão do tamanho do fundo para cuidados à saúde em relação a outros fundos (como o pagamento das dívidas, por exemplo), assim como mais igualitária também sua utilização. Também mais, ética, pois políticas de racionamento acaso necessárias não serão desenhadas em função do interesse de poucos.

## **2.2. REMUNERAÇÃO DE INSTITUIÇÕES – CLÍNICAS, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA, HOSPITAIS**

Da história dos serviços de saúde, destaca-se o hospital como a principal instituição centralizadora da prática médica, da pesquisa e das inovações, inclusive no que tange aos serviços especializados de diagnóstico e terapia. É mais recente, sendo uma tendência bastante importante, a organização destes últimos ao nível do ambulatório, de forma lucrativa. Os hospitais tradicionalmente pertenciam a organizações religiosas (ROEMER, 1989; GLASER, 1991). Dentre as transformações pós anos 50 do século XX, destacam-se o crescimento de hospitais lucrativos. No Brasil, constituídos por grupos de médicos com financiamento para investimentos do Governo Federal e custeio do seguro social (BRAGA e PAULA, 1981). Somando-se aos hospitais públicos, nota-se a diversidade existente no Brasil (e outros países) entre as formas jurídicas existentes destas instituições e suas formas de remuneração.

### **2.2.1. Pós-pagamento**

Trata-se, novamente, do pagamento após a realização dos serviços. No caso do uso parcial dos recursos das instituições, como freqüentemente ocorre, por exemplo, no SUS com seus hospitais contratados e nas relações entre seguradoras privadas e seus credenciados, é o método mais factível (TOBAR, ROSENFELD e REALE, 1997). No caso dos hospitais o montante pode ser calculado:

- a) Por diária hospitalar – Forma mais comum, utilizada no decorrer do século XX pela maioria dos financiadores, em todos os países (GLASER, 1991). O valor total será dado por um valor unitário atribuído a cada diária multiplicado pelos dias de permanência. Dentro do hospital, esta diária pode ser diferenciada – por clínicas ou determinados serviços (como UTI, por exemplo). Dada a dificuldade de obter com precisão um valor médio para esta diária, uma variante freqüente, hoje, é a seguir apresentada.
- b) Por atos itemizados – a diária passa a englobar apenas serviços de hotelaria; os demais serviços, multiplicados por seus valores unitários, são acrescidos para compor a conta hospitalar.

Nos dois casos, tanto a diária como os demais itens podem ser estipulados a partir dos custos observados como a partir de tabelas negociadas entre o prestador e o órgão financiador.

Esta forma de remuneração também é a mais freqüentemente utilizada para serviços complementares de diagnóstico e terapêutico, em que se remunera itemizadamente, por cada procedimento, seja pelos “honorários costumeiros”, definido pelo serviço, seja também por tabelas.

Para a instituição prestadora prevê-se os seguintes incentivos listados, que para serem implementados, necessitam de cooptação de profissionais internos envolvidos com a sua implementação. Quando afetam a qualidade, é de se esperar que surjam conflitos internos:

- Hospitalizações desnecessárias, no caso do honorário médico ser maior para tratamento dentro do que fora do ambiente hospitalar;
- Aumento do tempo de permanência, com impactos sobre custos e qualidade, no caso de exposição desnecessária a riscos intra-hospitalares;
- Superprodução de serviços, mesmo desnecessários, e fraudes, no pagamento por ato;
- No caso do pagamento por diárias, redução da intensidade dos serviços mesmo necessários, ou mesmo seleção de risco, para o custo real da internação se manter abaixo do valor da diária;

Para os financiadores ocorre a imprevisibilidade orçamentária. Embora o pagamento por diária seja administrativamente simples, no caso do pagamento por ato há a necessidade de desenvolvimento de sistemas minuciosos de informação e auditoria, freqüentemente, conta a conta.

- a) Pagamento prospectivo por procedimentos – foi um sistema desenvolvido nos anos 70 nos Estados Unidos (o chamado Diagnostic Related Groups/DRG) e também utilizado no Brasil, nos anos 80, pela Previdência Social e depois pelo SUS para o pagamento de seus hospitais contratados (AIH). Através de uma classificação detalhada do produto hospitalar, se estabelece um preço fixo por procedimentos ou diagnósticos, baseado em valores médios. O incentivo, para o hospital, é manter o seu custo de tratamento do caso abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência (utilizando melhor os recursos empregados no caso) seja no limite, utilizando menos recursos do que seria adequado. A principal questão levantada é que o custo dos diagnósticos pode variar, com uma série de fatores como idade do paciente, gravidade do caso, patologias associadas. Os DRGs norte-americanos prevêem alguns ajustes, como por idade e área geográfica da internação, custos excepcionais e de ensino (UGÁ, 1994); a AIH brasileira exclui da tabela determinados procedimentos em função de

seu alto custo: paga a UTI por diária e determinados medicamentos, próteses e outros materiais itemizados na conta. Além disso, os diagnósticos contidos nas tabelas acabam possuindo diferentes taxas de lucro, seja porque mudou a técnica empregada, mas a tabela não acompanhou a mudança, seja por distorções, pois tecnicamente é difícil incluir todos os casos em uma mesma lista (Banco Mundial, 1993). Com o tempo, os prestadores acabam conhecendo quais são os diagnósticos mais vantajosos, o que faz com que mudem a informação apresentada ao órgão financiador ou evitem a internação de pacientes com esses diagnósticos. No Brasil, ambas estratégias são freqüentes: tanto o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS apresenta-se eivado de vieses deste tipo como os hospitais, principalmente os privados apresentam a comum prática de desviarem pacientes com determinados problemas de saúde para outros hospitais (SALTMAN e Von OTTER, 1992; OMS, 1993) – (novamente a seleção de risco), freqüentemente os públicos, aumentando o custo destes últimos. Estes sistemas diminuíram as taxas de hospitalização e o tempo médio de permanência hospitalar (OMS, 1993; UGÁ, 1994). Não se sabe, no entanto, se isso se deveu ao estímulo à mudança de técnicas que desviaram casos para tratamento ambulatorial e domiciliar, inclusive casos graves, com um aumento das taxas de mortalidade a este nível (OMS, 1993; MOONEY, 1994; UGÁ, 1994).

- b) Taxas por casos relacionados por serviços (TOBAR, ROSENFELD e REALE, 1997) – esta forma segue a lógica anterior, de forma menos sofisticada: para cada serviço estabelece-se um preço global, ou pacote, como por exemplo, uma cirurgia determinada, um transplante específico, e assim por diante. Tem sido introduzida, no Brasil, nos contratos entre seguradoras privadas e hospitais.

### **2.2.2. Pré-pagamento**

Menos utilizado para instituições do que para profissionais de saúde (UGÁ, 1994), possui as mesmas vantagens e problemas. É comum se encontrar exemplos de sistemas integrados – ambulatoriais e hospitalares, competindo pela oferta de atenção integral às seguradoras privadas ou pelo financiamento público, como é o caso das HMO (empresas médicas de pré-pagamento) norte-americanas que fazem contratos deste tipo com o seguro social (Medicare). No Brasil, guardadas especificidades (como a utilização da capacidade instalada pública), o Plano de Atendimento à Saúde/PAS, implantado em 1995 em São Paulo, seguiria esta lógica, pois recebe um percentual fixo por paciente captado.

Seus resultados parciais confirmam os problemas decorrentes do pré-pagamento com móvel lucrativo dos prestadores e objetivos de ajuste orçamentário dos financiadores – seleção de risco de casos graves, negligência a formas mais complexas de atenção médica, redução da utilização de exames complementares abaixo do tecnicamente esperado (OLIVA, 1999).

### **2.2.3. Orçamentos Globais**

São repasses periódicos de um montante de recursos, através de uma programação orçamentária. Esta em geral, separa o investimento – recursos novos da manutenção ou custeio da unidade de saúde. A versão conservadora do método, mais utilizada no Brasil, consiste de uma proposta, em geral elaborada pela unidade prestadora baseada num gasto efetuado num período anterior, acrescido de uma taxa de inflação, uma previsão de investimentos, uma previsão de aumento de demanda, etc.

Caso a programação se veja abaixo do real, o financiador suplementa o orçamento, ou não, mediante pressões, ameaças de interrupção de serviços e outros. Dependendo da facilidade ou não da suplementação, há ou não um incentivo para o cumprimento do orçamento.

Como este é baseado numa história prévia, não necessariamente representa a forma mais eficiente de prestar serviços. É dito conservador, pois, porque tende a manter as coisas como estão sem incentivar a administração a estudar formas melhores de organização.

A teoria convencional aponta, ainda, como não se vincula o pagamento a resultados, há uma tendência à baixa produtividade e baixa qualidade (TOBAR, ROSENFELD e REALE, 1997), o que, obviamente, é uma análise enviesada pela subestimação de mecanismos de controle normativo e de controle social.

As versões mais modernas do método procuram elaborar a programação orçamentária baseada em objetivos, metas e custos reais e comprometer os repasses efetivos com o cumprimento destas metas, que tanto podem ser relativas à produtividade quanto à qualidade. A contradição aqui existente é se há comprometimento ou não do financiador não apenas na garantia do efetivo cumprimento das metas e controle de qualidade, e garantia de suplementações justificadas.

Na proposta de descentralização da gestão das unidades hospitalares do Ministério da Saúde, dentro do contexto mais geral de reforma do Estado, e transformação de muitas instituições públicas em Organizações Sociais, entidades sem fins lucrativos, ocorre uma autonomia administrativa e financeira, um programa de trabalho, cujo financiamento é feito através de um contrato de gestão, dentro do contexto dos orçamentos globais. No entanto, não é garantido ao financiador o seu envolvimento com aquilo que não for previsto, mesmo que justificado, caracterizando mais uma forma de transferir problemas para outros atores resolverem, apelando para, ou formas de racionamento que comprometem a qualidade e a equidade, ou mecanismos de financiamento das próprias pessoas, das empresas ou dos níveis descentralizados de governo – estados e municípios, que significam, em última análise, um aumento de impostos (ANDREAZZI, 1999b).

Esta forma incentiva a instituição a se organizar melhor para atender sua demanda. Permite a participação do conjunto dos trabalhadores da unidade, assim como da população usuária e do próprio organismo financiador no planejamento das atividades, assim como no seu controle – prestação de contas e avaliação, sendo portanto, bastante adequada aos princípios do SUS. Não elimina os conflitos de interesses dos profissionais e a disputa entre diferentes ideologias; apenas internaliza no hospital esta discussão, tornando-a mais transparente, na medida do efetivo mecanismo de tomada de decisões existente. É não de todo impossível, mas de mais difícil implementação, quando existem múltiplos financiadores da unidade, quando a demanda é mais incerta e o recurso financeiro a acompanha.

Uma de suas principais virtudes é a previsibilidade de gastos (UGÁ, 1994).

### **2.3. PRIORIDADE X ESCASSEZ EM SAÚDE – VISÃO POLÍTICA**

Qualquer análise que trace um retrato realista da saúde em nosso país verificará que ela se demonstra caótica pelos dados preocupantes de morbidade (que são bem conhecidos e não serão aqui discutidos), pela organização e estrutura arcaicas e distorcidas e pela insatisfação dos usuários, trabalhadores e pensadores de saúde. Essa situação dramática precisa urgentemente ser mudada.

O diagnóstico final é um sistema desorganizado, centralizado, terceirizado, com crescente restrição de recursos – em face de suas demandas, cuja resultante é a situação precária em que hoje nos encontramos.



Medidas pontuais não resolverão qualquer problema, porque estão sendo verticalizadas em um sistema que não funciona e que rechaça qualquer programa, mesmo os bem intencionados, uma vez que não se inseriram em um todo completamente modificado e com organicidade, de modo a permitir o seu funcionamento.

O problema é grave e complexo e, evidentemente, não será solucionado com propostas de relativizar direitos à saúde previstos na Constituição, como as da PEC 32-A, ou com a simples transformação das unidades hospitalares em “organizações sociais”. A realidade é que nestes últimos cinco anos, terceirizou-se caoticamente a saúde e, hoje, o setor privado contratado, que absorve cerca de 50% dos recursos da área, é mal remunerado, mal controlado, fraudula com frequência e atende sem eficiência ou eficácia. O setor público está sucateado e ocioso, parcialmente privatizado e parasitado pelos planos de saúde, grande, desumano e mal-ordenado Pronto – Socorro (metáfora da própria representação de saúde brasileira). As ações de prevenção, extremamente necessárias, inexistem ou se resumem a planos – piloto que nada resolvem, ou às antigas campanhas de vacinação que não guardam relação com a nossa triste realidade epidemiológica que reúne as doenças do subdesenvolvimento, ainda não resolvidas, e aquelas do desenvolvimento, fora de controle.

Do ponto de vista das decisões encontramos-nos em um momento em que há duas opções opostas. A primeira, para a qual infelizmente estamos nos encaminhando, é institucionalizar terceirização, reforçando-a com mais verbas, sem as correções necessárias e sem qualquer possibilidade de apresentar alguma melhora para o usuário. A outra opção é priorizar o setor público, sem qualquer pretensão de torná-lo hegemônico.

### **2.3.1. Uma Proposta de Solução**

A organização do sistema público dentro dos princípios da Constituição de 1988 deverá ser orientada, primordialmente, para o usuário mais pobre (70% da população), que, no momento, está sendo excluído do sistema pelos descaminhos da contra-reforma sanitária em curso, a qual pode ser institucionalizada pela Reforma Administrativa, se for mal utilizada na área de saúde.

Os recursos existentes, se bem aplicados, somados àqueles dos estados e municípios e às novas fontes de financiamento – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) – serão suficientes para retomarmos a implantação do SUS, de modo a oferecer aos cidadãos uma assistência digna, universal, humana e eficiente. A comparação com outros países, em termos de gastos e resultados, mostra claramente que o problema de saúde no Brasil é, primordialmente, de estrutura e gestão. Temos vários países na América Latina que gastam menos e possuem melhores resultados. Há também uma questão de vontade política, pois os gastos com saúde no Brasil representam 2,2% do PIB; enquanto os de Cuba, 8%.

Percebe-se claramente que melhorar a saúde do brasileiro significa muito mais a aplicação correta da Constituição e a regulamentação precisa de sua legislação do que a ruptura da Carta Magna para legislar novamente, não se sabe quando nem como, em um momento de conflitos ideológicos ainda não resolvidos. O que necessitamos a partir de agora, ao invés de retroagir, é avançar através de um código de saúde que especifique ainda mais os objetivos da Constituição e das Leis nºs. 8080/90 e 8142/90 e que exija do sistema um funcionamento orgânico, correto e viável, voltado para os interesses do cidadão.

## **2.4. A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

O setor de saúde suplementar tem como marcos a Lei 9656/98, que regulamenta o setor, combinada às Medidas Provisórias que a alteraram (atualmente está em vigor a MP 2177-44), e a Lei 9961/00, que criou a ANS e regulamentou seu funcionamento.

### **2.4.1. A ANS e o Equilíbrio do Setor**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e atuação em todo território nacional.

A ANS foi constituída com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

### **2.4.2. Abrangência Geográfica**

É a determinação da área geográfica na qual o consumidor terá atendimento. Essa área deve estar de forma clara e expressa no contrato e poderá ser: municipal, estadual, grupo de estados, nacional ou internacional.

2.4.3. Cobertura Assistencial Obrigatória

Observe no quadro abaixo, a cobertura obrigatória de cada segmento:

Segmento	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	X	X	X			
Hospitalar sem obstetrícia				X		
Hospitalar com obstetrícia				X	X	
Odontológico						X
Referência	X	X	X	X	X	

Quadro - 1: Demonstrativo da área geográfica de atendimento ao consumidor.

#### **2.4.4. Exclusões para Todos os Tipos de Planos**

Os procedimentos que, de acordo com a legislação, não são obrigatoriamente cobertos pelas operadoras de planos de saúde, são os seguintes:

- Tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida);
- Tratamento em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- Fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados (fabricados e embalados no exterior);
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Inseminação artificial;
- Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

#### **2.5. REGISTRO DE PROJETO – PLANO DE SAÚDE PARA O SERVIDOR PÚBLICO**

O Plano de saúde do servidor público estadual paranaense será atendimento médico-hospitalar, uniforme e de qualidade aos servidores.

##### **2.5.1. Objetivo**

Visa o projeto a criação de um sistema de atendimento universal e uniforme ao servidor através de serviços próprios, terceirizados e conveniados.

##### **2.5.2. Metas**

- Revitalização do atendimento próprio;

- Proporcionar consultas médicas nas coordenadorias;
- Desenvolver metodologia de relacionamento com as clínicas e hospitais, através de “pacotes” de procedimentos médicos;
- Definir os limites de custeio através de sistema de resseguro (stoploss).

### **2.5.3. Recursos Estratégicos**

#### **2.5.3.1. Recursos Financeiros**

Para o desenvolvimento do projeto – em fase de levantamento;

Para a execução do projeto – em fase de levantamento.

#### **2.5.3.2. Recursos Humanos**

#### **2.5.3.3. Recursos Administrativos**

### **2.5.4. Resultados Pretendidos**

### **2.5.5. Abrangência**

Este registro é datado de 20/10/1999 e foi o único encontrado sobre o projeto de assistência à saúde, para a realização deste estudo, que conforme se pode observar era idealizado como um plano de saúde.

No que tange aos recursos estratégicos que seriam utilizados, está registrado somente a parte financeira, nada referente a recursos humanos e administrativos. Mesmo na área financeira a definição é muito vaga.

Não existem referências quanto aos resultados pretendidos nem tampouco uma vaga idéia da abrangência do mesmo.

Este projeto ficou parado e só ouviu-se novamente o assunto de assistência à saúde em 2001.

## **2.6. SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS**

Em abril de 2002, começa a vigorar o novo sistema de saúde do servidor público no Estado do Paraná, o qual tem por objetivo oferecer ações de saúde aos servidores públicos do Poder Executivo, efetivos ativos e inativos, aos militares e seus dependentes, bem como aos pensionistas que, na condição de beneficiários, podem usufruir o direito, sem qualquer tipo de contribuição financeira.

O SAS teve adesão de outros Poderes, através de Termos de Cooperação Técnica celebrados com o Tribunal de Justiça e o Ministério Público do Paraná, para estender os benefícios assistenciais também aos servidores públicos desses Órgãos.

O SAS compreende cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar especificada em regulamento próprio, descentralizada em 11 regiões, abrangendo todos os municípios do Estado.

Utiliza o sistema de captação – pagamento per capita, pelo qual o hospital contratado assume o atendimento à saúde de um número determinado de beneficiários da região e, em contrapartida, recebem antecipadamente soma mensal equivalente ao valor unitário estabelecido em concorrência pública. O montante é previsto em orçamento, enquadrado à Lei de Responsabilidade Fiscal, cabendo ao Estado o controle e gestão da prestação dos serviços de assistência à saúde.

O valor máximo por beneficiário foi estabelecido com base em cálculo atuarial e o sistema foi concebido levando-se em conta a facilidade de acesso, a análise de dados epidemiológicos e a localização de beneficiários por região.

O atendimento médico ambulatorial e hospitalar é ofertado em 11 municípios sedes de região: Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Francisco Beltrão, Guarapuava, Jacarezinho, Londrina, Maringá, Pato Branco, Toledo e Umuarama, ampliando a cobertura até então oferecida somente em Curitiba e Londrina, nos ambulatórios da transformada autarquia previdenciária – IPE (Instituto de Previdência do Estado). No antigo IPE, eram realizadas em média, 13.000 consultas/mês, gerando exames e procedimentos. Nesse modelo praticado havia participação financeira do servidor, correspondente a 20% do valor do procedimento, como elemento moderador.

Com a implantação do SAS o Estado do Paraná deixa de ser executor da assistência à saúde do servidor para assumir um novo papel de gestor e controlador da qualidade dos serviços prestados aos seus servidores e dependentes.

Fonte: Portal do Servidor – SEAP/2002

### **2.6.1. DEPUTADOS CONHECEM MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO PARANÁ**

Os deputados da Comissão Especial do Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais – Ipsemg da Assembléia Legislativa debateram nesta quinta-feira (9/6/05) o modelo paranaense de atendimento à saúde para o servidor público. O superintendente do Serviço de Assistência à Saúde - SAS do Paraná, César Luiz Lacerda Abicalasse, explicou como o sistema foi implantado e como funciona atualmente. Na última quarta-feira (8), o presidente da comissão, deputado Miguel Martini (sem partido), foi a Curitiba conhecer pessoalmente o modelo de gestão paranaense. A comissão vai considerar as experiências do Paraná e de Goiás para sugerir um novo sistema de atendimento pelo Ipsemg em seu relatório final.

A maioria dos planos de saúde remunera os prestadores de serviço de acordo com o número de procedimentos (consultas, cirurgias, exames) realizados.

Nesse modelo, segundo Abicalasse, o prestador de serviço não tem incentivo para controlar os custos, pois quanto maior a demanda, maior será a sua remuneração. Outro ponto fraco é a necessidade de uma grande estrutura de auditoria e controle do sistema.

O Paraná inovou ao substituir a tradicional forma de pagamento por procedimento pela captação global. Nesse sistema, o SAS escolhe um hospital para centralizar o atendimento em cada região, e o pagamento é feito antecipadamente, todo mês, de acordo com o universo de usuários potenciais. Como para os prestadores de serviço é interessante realizar o menor número de procedimentos possíveis, os hospitais começaram a investir em ações preventivas de saúde e em ações de melhoria do atendimento, de acordo com Abicalasse.

Outras vantagens do sistema são os baixos custos administrativos e a transferência de riscos para os prestadores de serviço. O SAS conta com 35 servidores para gerenciar o sistema.

Se tivesse optado pelo modelo de pagamento por procedimento, seriam necessários no mínimo 180 pessoas para desempenhar a mesma função. O servidor não contribui para o sistema, que no ano passado consumiu R\$ 96 milhões do Governo do Paraná. O número de usuários gira em torno de 370 mil pessoas.



O sistema foi pensado de modo que todas as pequenas cidades tenham atendimento generalista. Algumas especialidades médicas são oferecidas nas cidades médias e os casos de alta complexidade são encaminhados para 11 grandes cidades do Estado. Até novembro, 80 dos 399 municípios paranaenses terão cobertura do SAS. "Não é o ideal, mas é o que dá para fazer com o nosso orçamento". Mesmo com uma rede pequena, 98,5% dos usuários estão no máximo a 25 quilômetros do centro de atendimento mais próximo.

Os casos de alta complexidade não têm cobertura pelo SAS. Em compensação os hospitais conveniados tem que se submeter a rígidos mecanismos de controle de qualidade, e a se comprometerem instalar três novos serviços de acompanhamento de doenças crônicas a cada ano. Como prova da qualidade do atendimento oferecido, Abicalasse citou o exemplo de Londrina, segunda maior cidade paranaense. Quando o SAS foi instalado em 2002, eram realizadas cerca de 100 consultas por dia, média que aumentou para 600 atualmente. "Muitos servidores abandonaram seus planos de saúde para ficar com o SAS", informou Abicalasse.

#### **2.6.2. Modelos Alternativos Servem de Inspiração**

O deputado Miguel Martini elogiou o SAS e disse que parte da experiência paranaense pode ser aproveitada em Minas Gerais. "O Paraná enfrentou dificuldades e encontrou um modelo alternativo inteligente", avaliou. Ele manifestou preocupação com a possibilidade de acolhimento, pelo Supremo Tribunal Federal, de uma ação direta de inconstitucionalidade (Adin) que pode derrubar a contribuição compulsória para o Ipsemg Saúde. "Se a Adin for aprovada, deixaremos de alimentar a receita do Ipsemg. Aí, sim, teremos dificuldade para prestar atendimento para quem não sair do sistema", afirmou.

Já o deputado Edson Rezende (PT) alertou para a possibilidade de redução do atendimento no modelo paranaense e elogiou o sistema goiano, que ele conheceu pessoalmente em viagem a Goiânia na última quarta-feira (8).

**Presenças** - Deputados Miguel Martini (sem partido), presidente; e Edson Rezende (PT). Também esteve presente o diretor de saúde do Ipsemg, Roberto Porto Fonseca; e o assessor de planejamento corporativo da Usiminas, Virgílio Baião Carneiro.

## **2.7. MUDANÇA DE GOVERNO**

### **2.7.1. Governo Definirá Propostas para o SAS**

O Governo do Paraná está realizando auditorias, estudos de impacto financeiro e análises de alternativas para o modelo operacional do Sistema de Assistência à Saúde - SAS, que atende a 360 mil servidores, aposentados, pensionistas e dependentes. A Secretaria da Administração e Previdência do Estado concluirá, em 90 dias, os estudos para definir uma proposta, que indicará se é necessário promover ajustes ou mudanças radicais no sistema. Baseado no pré-pagamento dos hospitais credenciados, o SAS custa R\$ 7 milhões por mês e opera desde maio de 2002, quando substituiu o Instituto de Previdência do Estado (IPE).

O Secretário da Administração e Previdência Reinhold Stephanes coordena os trabalhos para rever a estrutura do sistema de saúde, avaliar a possibilidade de reativação do IPE e oferecer melhor atendimento aos beneficiários. Para dar suporte aos estudos de alternativas ao SAS, a secretaria contratou um atuário, especialista em cálculos e projeções estatísticas. "Esse trabalho vai nos mostrar claramente as implicações financeiras do atual sistema para o Estado", observa o secretário. Ele destaca que está sendo feita uma pesquisa de satisfação com os usuários do sistema, e executadas auditorias nos 11 hospitais credenciados e, também, no Hospital da Polícia Militar do Paraná.

"Ainda não há como afirmar qual o nível das alterações necessárias no sistema", comenta Stephanes. No caso da opção por mudanças radicais teremos de esperar cerca de um ano para legalizar a alteração e programar um novo modelo, sem a interrupção no atendimento. Uma eventual mudança completa, explica, exigirá a formatação e aprovação de lei específica pela Assembléia Legislativa. Mas, nesse caso, em paralelo à questão legal, o Estado deve resolver problemas práticos, que afetam a qualidade de atendimento.

O secretário lembra que os vazios da estrutura para o atendimento dos usuários de algumas regiões e a falta de cobertura para alguns procedimentos médico-hospitalares, são os principais alvos das críticas dos servidores, como cirurgias cardíacas e transplantes. As regiões de Ponta Grossa, Foz do Iguaçu, Ivaiporã, União da Vitória e Tomazina, conta o secretário, são algumas, onde a cobertura do SAS é deficitária, obrigando cerca de 20% dos usuários a percorrerem

grandes distâncias, em busca de atendimento médico-ambulatorial. Desde a semana passada, o Departamento de Assistência à Saúde (DAS) realiza reuniões com representantes de cerca de uma dezena de associações e sindicatos de servidores, para discutir as expectativas e reivindicações de mudanças no sistema de saúde do Estado.

Fonte: Assessoria de Comunicação, janeiro/2003.

### **2.7.2. Hospital da PM Volta a Funcionar em Maio**

O Hospital da Polícia Militar do Paraná volta a funcionar parcialmente em maio, quando começa a passar por um processo de reestruturação operacional. Quase 40 mil policiais, dependentes e pensionistas da Polícia Militar de Curitiba e Região Metropolitana serão beneficiados com a reativação do hospital.

A Secretaria da Administração e da Previdência do Estado - SEAP informa que nos próximos cinco meses a instituição vai operar apenas com a oferta de consultas e exames para a clientela militar. Até setembro as internações continuam a cargo do Hospital Evangélico.

“Durante esses cinco meses, de atendimento limitado aos serviços de ambulatório, o hospital da PM vai passar por uma ampla reestruturação interna”, informa o secretário Reinhold Stephanes.

Na reestruturação, algumas obras vão alterar a arquitetura hospitalar, os processos administrativos e de gerenciamento de serviços e de pessoal serão revistos e padronizados. Somente depois disso o Hospital da PM passa a responder também pelas internações.

Recursos - A partir disso, o hospital receberá o total de recursos que o Estado vem destinando ao Hospital Evangélico, para responder pelo atendimento das pessoas vinculadas à corporação.

Além disso, integrará o Instituto Paranaense de Saúde (IPE-SAÚDE), que o governo estadual vai criar para substituir o atual Sistema de Assistência à Saúde - SAS do funcionalismo.

Os servidores de outras categorias também serão atendidos pelo hospital, mas apenas no serviço de alta complexidade que ele deve prestar, provavelmente na área de neurologia ou cardiologia.

“Mesmo nos seus bons tempos o hospital nunca operou com mais de 54% da capacidade instalada, e nós queremos que ele preste serviços de qualidade com pelo menos 85% da capacidade, de cem leitos”, afirma o secretário Reinhold Stephanes.

O primeiro passo para as mudanças é a alteração no contrato do SAS com o Hospital Evangélico, que a partir de maio só atenderá a clientela militar em internações.

Com essa alteração, os cerca de R\$ 200 mil em recursos que o governo destinava mensalmente ao Evangélico para o pagamento de consultas e exames serão transferidos para o Hospital da PM aplicar no custeio de melhorias internas.

Auditoria - A contratação de consultores especializados em administração hospitalar para a reestruturação física e de processos já será custeada com esses recursos.

“Com a reestruturação, padronização dos processos e uma administração profissional o hospital da PM será economicamente viável”, comenta o diretor César Abicalaffe, do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria da Administração. Em fevereiro e março a instituição passou por uma auditoria, que registrou diversos tipos de problemas decorrentes do abandono da instituição pelo governo anterior.

Entre os problemas identificados havia a falta de controle do pessoal, que Abicalaffe define como “essencial para o planejamento e definição dos padrões administrativos e operacionais”. Além disso, a auditoria constatou equívocos como a existência de clínicas obstétrica, com 14 leitos, e pediátrica, com quatro leitos. Os custos de enfermagem e de infra-estrutura para a manutenção desses leitos são elevados demais para a baixa demanda nessas especialidades.

Fonte: Agência Estadual de Notícias/2003.

## **Capítulo III – METODOLOGIA**

### **3.1. TIPO DE PESQUISA**

Exploratória descritiva

Utilização de instrumento de medida do grau de satisfação através da escala

Likert

Técnica do estudo de caso

### **3.2. POPULAÇÃO**

- A população constituiu-se de alguns beneficiários - titulares (servidores da ativa), do município de Curitiba que compõe um dos núcleos regionais do sistema (chamadas de macrorregiões).
- A população pesquisada foi de 2.134 beneficiários, muito embora o SAS tenha um total de 408.799 beneficiários (ativos, inativos e pensionistas – entre titulares e dependentes).

### **3.3. AMOSTRA**

- A técnica estatística para determinação da amostra foi distribuição aleatória estratificada em alguns órgãos estaduais, tendo como unidade amostral o servidor ativo, em ambas as categorias efetivas: servidores docentes e servidores técnico-administrativos, que se utilizam do SAS.
- A amostra total foi de 271 (duzentos e setenta e um) servidores, representando 12,7% da população pesquisada, estabelecida com erro máximo de 3,8% e confiança de 95%.

### **3.4. COLETA DE DADOS**

- A coleta de dados foi realizada através da aplicação de instrumento de escala social e de atitude para avaliar o nível de satisfação em relação ao sistema, durante o período de novembro de 2006 a dezembro de 2006.
- O questionário foi enviado via Internet, esclarecendo a finalidade geral da avaliação e esclarecendo alguns detalhes técnicos sobre o SAS.

### 3.5. INSTRUMENTO

- Escala de Satisfação (Likert), composta por cinco fatores.
- As opções de resposta eram de um a cinco, sendo 1 = *insatisfeito* e 5 =  *muito satisfeito*.
- Uma outra questão aberta oportunizou um espaço para livre expressão da percepção do servidor acerca das causas principais de sua insatisfação.

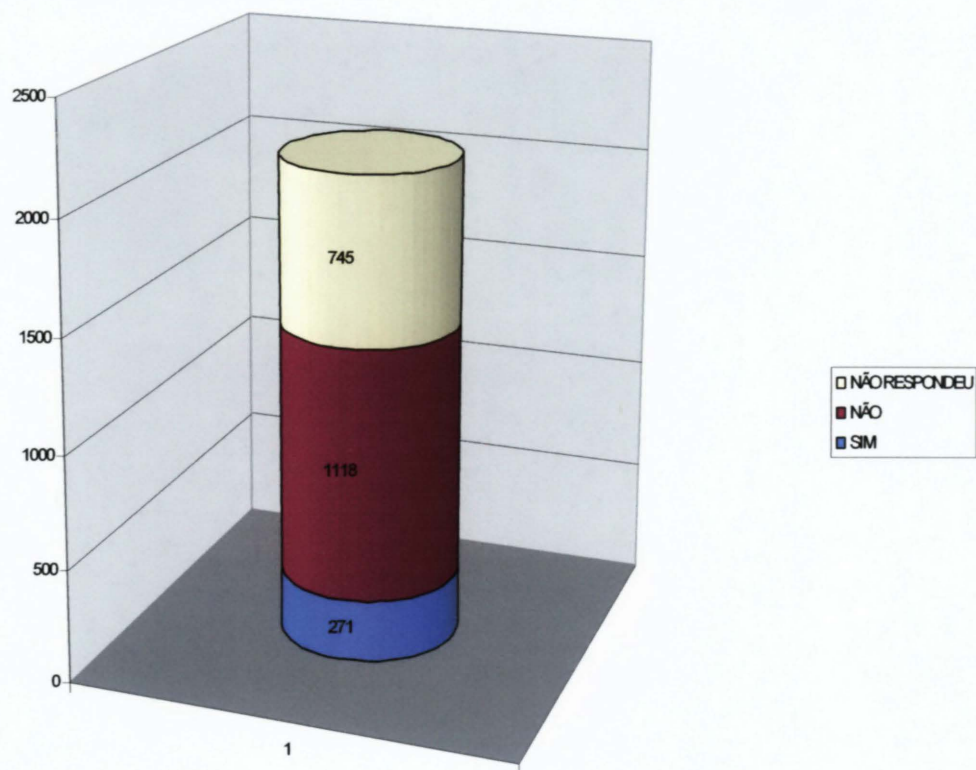
## Capítulo IV – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1. RESULTADOS

#### 4.1.1. Definição da População para Amostra

- No questionário para definição da população para amostra, 12,7% são usuários do SAS, 52,3% possuem plano de saúde e 35% não responderam.

Gráfico - 1: Definição da população-alvo.



#### 4.1.2. Escala de Likert de Satisfação e Qualidade dos Serviços

A figura a seguir demonstra a média do grau de satisfação dos beneficiários, em relação aos serviços e produtos oferecidos pelo SAS.

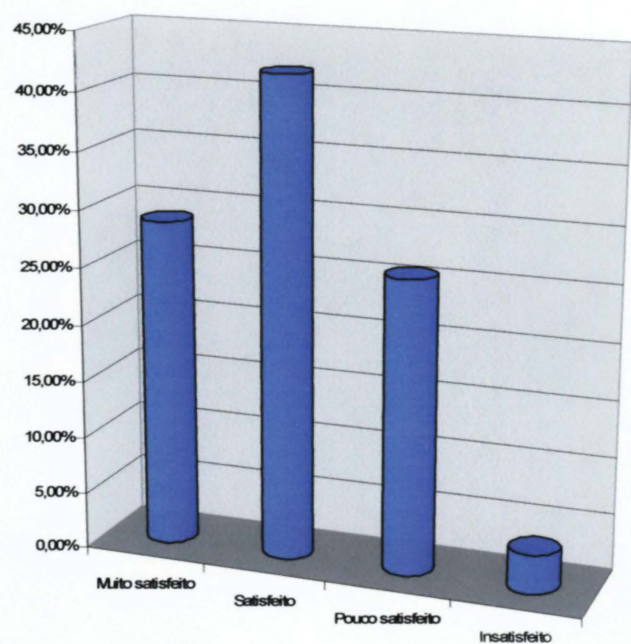


Gráfico - 2: Demonstrativo da satisfação dos beneficiários do SAS.

Os valores da figura acima foram coletados, utilizando uma escala do tipo Likert, (um insatisfeito e cinco muito satisfeitos), onde foi possível identificar os pontos de maior e menor satisfação dos beneficiários pesquisados. Destacam-se os principais fatores de maior ou menor satisfação por fatores na tabela a seguir:

Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Sem Opinião	Satisfeito	Muito Satisfeito	SAS 271				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
01) Localização das Clínicas					9	36		162	64
02) Atendimento nos Hospitais					5	20		178	68
03) Atendimento via Telefone					18	137		40	76
04) Atendimento via Internet (site, e-mail)					10	147		12	102
05) Área de cobertura					3	14		175	79

Quadro - 2: Resultado da pesquisa de satisfação do SAS.



Analisando os resultados separadamente podem-se destacar as seguintes informações.

satisfeitos	Atendimento nos Hospitais 66%
	Área de cobertura 65%
	Localização das clínicas 60%
pouco-satisfeitos	Atendimento via internet 54%
	Atendimento telefônico 50%

Quadro - 3: Demonstrativo percentual da pesquisa.

Esta tabela acima demonstra que a satisfação do cliente está mais ligada aos serviços prioritários do SAS e a insatisfação está mais ligada ao operacional do sistema.

4.1.3. Tempo Médio para Consulta, Exame, Procedimento Cirúrgico

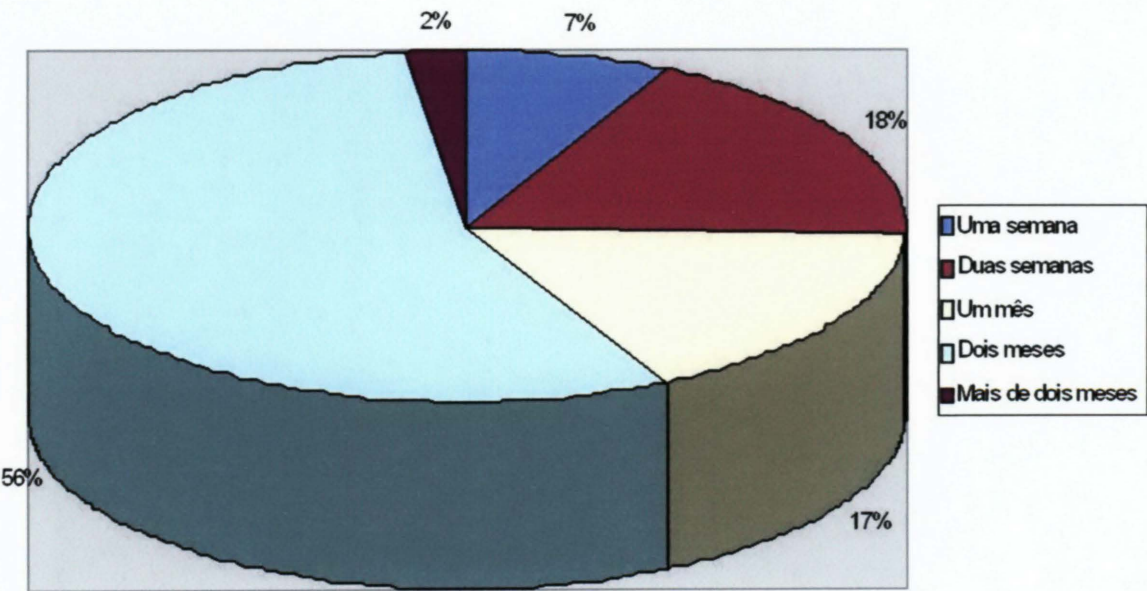


Gráfico - 3: Demonstrativo do tempo médio de espera para consulta.

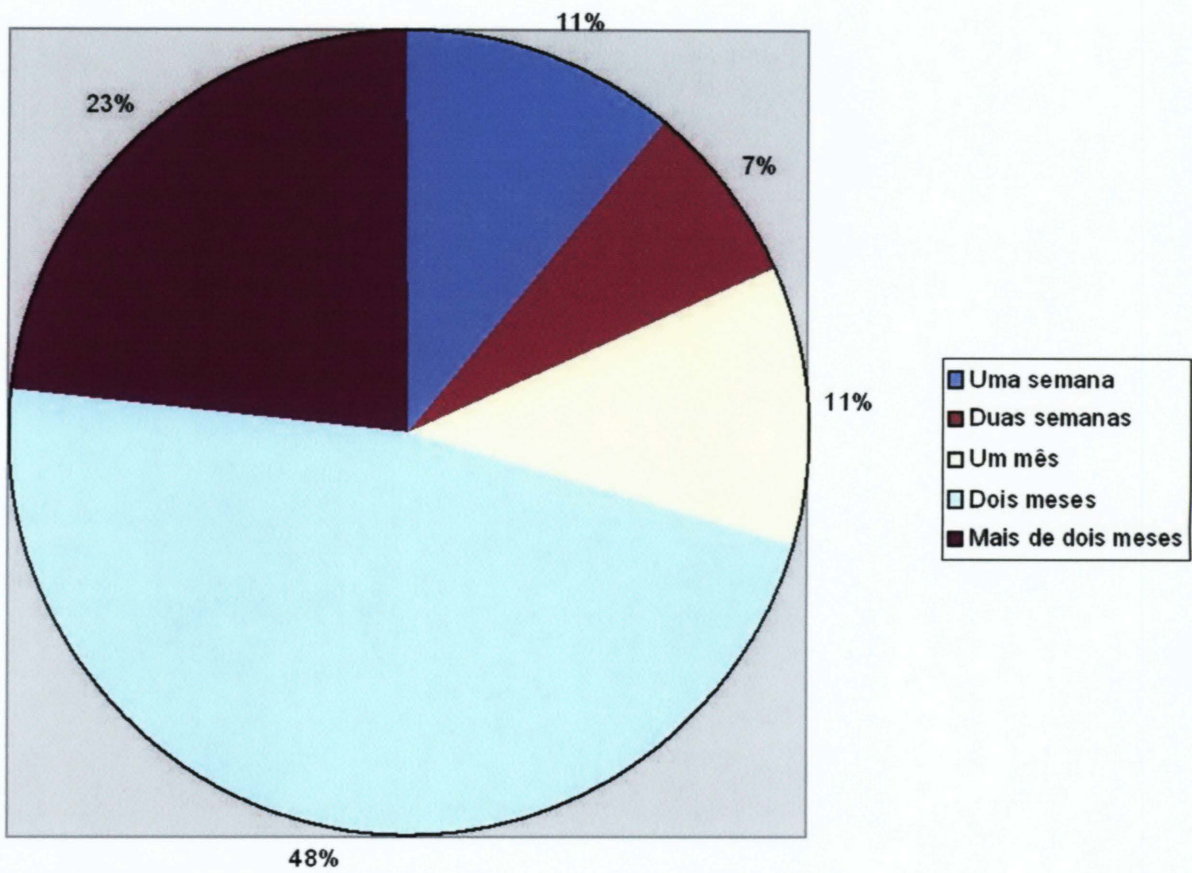


Gráfico - 4: Demonstrativo do tempo médio de espera para exame.

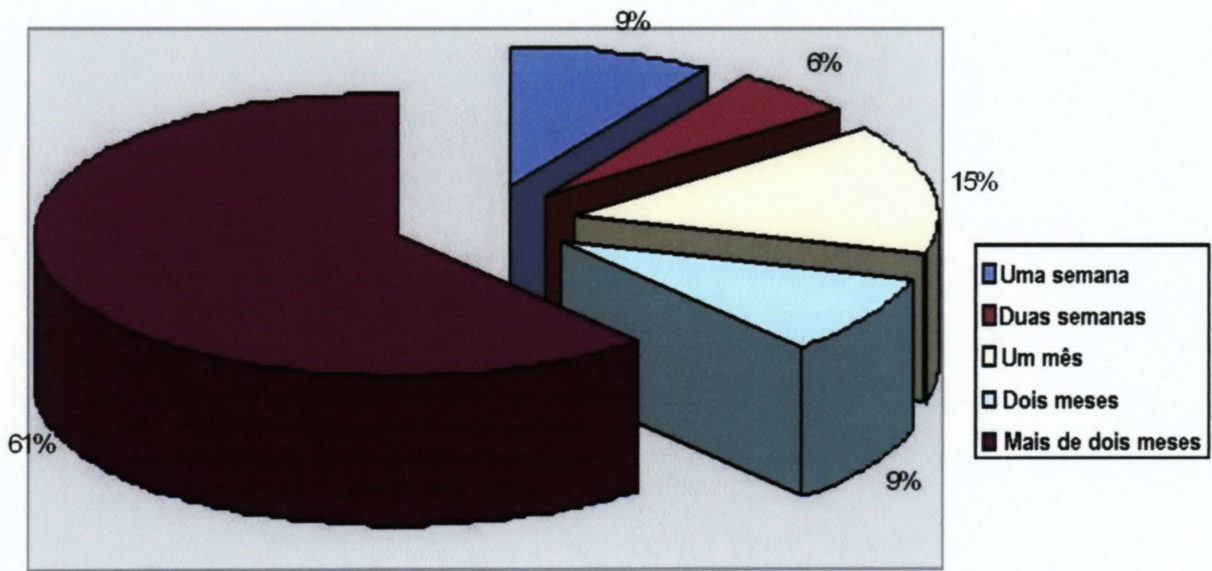


Gráfico - 5: Demonstrativo do tempo médio de espera para procedimento cirúrgico.

Para uma consulta o tempo médio variou de 2% a 56%, um exame de 7% a 48% e um procedimento cirúrgico de 6 a 61%. Variação esta que não superou o grau de satisfação dos beneficiários em relação ao atendimento nos Hospitais.

#### **4.1.4. Deficiências do Sistema Apresentadas pelos Beneficiários**

Sobre esta questão se pode constatar que a maioria dos beneficiários num total de 70% (cento e noventa e um), queixaram-se da falta de cobertura para alguns procedimentos médico-hospitalares, como cirurgias cardíacas e transplantes;

3% - da demora em conseguir marcar consultas e exames médicos;

1% - de ter que passar antes por um clínico geral para depois marcar outras especialidades, e;

26% - não responderam.

#### **4.2. ANÁLISE DOS DADOS**

Conforme os dados coletados e interpretados, constatou-se que a pesquisa anterior e a que foram realizadas neste estudo sofreu grande alteração em um único item, uma vez que:

- O alto grau de satisfação levantado pelo Instituto Tele cidadão no ano de 2002, com um índice de 91,5% satisfeitos, relacionado ao atendimento prestado pelos Hospitais contratados, ouviu 1.891 beneficiários (servidores da ativa, aposentados e dependentes) em 107 municípios, no ano de 2006 a pesquisa foi realizada pela Kepler Consultoria e Pesquisa, evidenciando que dos 2.134 beneficiários de municípios que compõem os 15 núcleos regionais do sistema, o índice de satisfação foi de 58,86%, sendo que neste estudo foram 271 beneficiários somente servidores da ativa e no município de Curitiba, totalizando um índice de satisfação de 66%.

Quanto aos demais itens pesquisados neste estudo, nada encontramos de registros relevantes anteriores para uma possível avaliação sobre as expectativas do governo/beneficiários.

## **Capítulo V – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL**

### **5.1. A EMPRESA**

#### **5.1.1. Descrição da empresa**

A Secretaria de Estado da Administração e da Previdência - SEAP está pautada na Lei nº 8.485 de 03/07/1987, é um órgão de primeiro nível hierárquico da administração estadual e de natureza instrumental, tendo como finalidade a definição de políticas, o planejamento, o comando, a execução, o controle e a orientação normativa dos Sistemas de Administração Geral de Recursos Humanos, da Previdência e Saúde dos servidores estaduais.

Suas ações concentram-se em três principais áreas:

#### **Administração Geral**

- Prestação, de forma centralizada, do serviço-meio, buscando a otimização da utilização dos recursos disponíveis;
- Administração de materiais, compreendendo aquisição, recebimento, guarda distribuição e controle;
- Administração do transporte oficial: aquisição, registro, guarda manutenção, controle de uso, controle do consumo de combustível, conservação, reparo e alienação de veículos;
- Administração dos serviços relativos à documentação, abrangendo biblioteca, arquivo e microfilmagem de documentos;
- Administração dos serviços de comunicação administrativa;
- Administração dos serviços de zeladoria e vigilância;
- Organização e gestão centralizada do cadastro de informações sobre licitantes;
- Registro e controle dos contratos de locação de imóveis e veículos para a administração direta;
- Administração do patrimônio, incluindo aquisição, tombamento, registro, carga, conservação, reparação e alienação dos bens imóveis do Estado.

## **Recursos Humanos**

- Formulação e execução de políticas de recursos humanos, centradas na profissionalização do servidor;
- Execução, de forma centralizada, das atividades de administração de pessoal relativas ao recrutamento, seleção, admissão, contratação, posse, lotação e movimentação de pessoal de qualquer regime jurídico para a administração direta e autárquica, apoiada pelas respectivas unidades setoriais;
- Administração e controle de quadros, cargos, funções e salários dos órgãos da administração direta e autárquica;
- Administração do cadastro central de recursos humanos, extensível à administração indireta, para o inventário e diagnóstico permanente da força de trabalho disponível na administração pública, de modo a permitir o recrutamento interno, a programação de admissões, a concessão de direitos e vantagens, a análise de custos para a concessão de aumentos periódicos de vencimentos e salários dos servidores públicos;
- Administração e controle da folha de pagamento dos servidores da administração direta e autárquica;
- Avaliação médico-pericial e da capacidade laborativa dos funcionários, para fins de ingresso, readaptação, aposentadoria e concessão de licença.

## **Seguridade Funcional**

Após a criação do Sistema de Seguridade Funcional do Estado do Paraná, a questão previdenciária dos servidores de cargo efetivo passou à responsabilidade da PARANAPREVIDÊNCIA, gestora do sistema mediante Contrato de Gestão.

A SEAP, na qualidade de supervisora do Contrato de Gestão, tem as seguintes atribuições ou competências:

- Avaliação do desempenho das metas permanentes e de implantação estabelecidas no Contrato de Gestão, propondo, se necessário, os ajustes, adaptações e alterações de metas e parâmetros;
- Proposição e acompanhamento de estudos atuariais, visando a garantir o equilíbrio financeiro dos fundos previdenciários;
- Análise técnica atuarial das propostas de reajustes, revisões ou modificações na remuneração, bem como alterações no Plano de Cargos e Carreira dos servidores;



- Acompanhamento na formação e atualização do banco de dados para fins previdenciários;
- Atuação como interlocutor entre o Estado e o Ministério da Previdência e Assistência Social, em assuntos previdenciários.

### **5.1.2. Sistema de Assistência à Saúde**

O Sistema de Assistência à Saúde - SAS é um benefício concedido pelo Governo do Estado que tem por objetivo oferecer ações de saúde aos servidores públicos efetivos, ativos e inativos, aos militares e seus dependentes, bem como aos pensionistas.

O SAS compreende cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, exclusivamente no âmbito do Estado do Paraná.

Para melhor prestar os benefícios, as ações de saúde previstas na cobertura do SAS serão disponibilizadas de forma regionalizada, em unidades hospitalares contratadas, conforme o município onde o servidor exerce suas atividades.

## **5.2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO**

### **5.2.1. Conceito, Paradigmas e Decretos de Criação**

No ano de 2001, visando atender ao disposto na Lei n. 8485, de 03 de junho de 1987, com relação à assistência à saúde dos servidores públicos do Estado do Paraná, entre várias propostas técnicas, optou-se por um novo modelo, o qual vem substituir o Instituto de Previdência do Estado – IPE. Este modelo oferece ações de saúde **sem nenhum custo** a todos os servidores ativos, inativos, pensionistas, militares e dependentes, compreendendo assistência ambulatorial, exames de diagnóstico e terapia, consultas médicas e internações hospitalares em Hospitais de Alta Complexidade, previamente contratados para esse fim, distribuídos em todo o Estado.

O modelo utilizado é o sistema de captação, largamente utilizado na Europa, Estados Unidos e Canadá.

Baseia-se na utilização de Hospitais Gerais, que recebem um pré-pagamento mensal, calculado com base no número de beneficiários de sua região, dentro de valores estabelecidos através de planilhas e cálculos atuariais, utilizando-se índices da Organização Mundial de Saúde e de Medicinas de Grupo.

Deste modo, a despesa do Estado é **conhecida e previsível**, e a receita do prestador é certa. O hospital realiza a contratação e gerencia seus recursos, assim se obriga a ter uma administração profissional, elevando a qualidade do atendimento à saúde aos beneficiários do Sistema, e extensivamente à comunidade em geral.

SISTEMA CAPTAÇÃO = CUSTO CONHECIDO E PREVISÍVEL

5.2.2. Distribuição Geográfica – Regionalização

Os usuários têm assistência à saúde, compreendendo consultas, exames e internamentos em rede hospitalar qualificada em 11 municípios sedes: Campo Mourão, Cascavel, Curitiba, Francisco Beltrão, Guarapuava, Jacarezinho, Londrina, Maringá, Pato Branco, Toledo e Umuarama.

Cada município sede é integrado por municípios vizinhos distribuídos obedecendo às características regionais e geográficas, totalizando assistência nos 399 municípios do Estado do Paraná, sendo que a distância máxima do Hospital Sede é no máximo de 100 km.

359.003	Beneficiários
11	municípios sede
399	municípios e abrangência

Dados levantados em 2002

Quadro - 4: Demonstrativo da abrangência.

5.2.3. Atendimentos e Coberturas

O início da implantação dos SAS ocorreu em 29 de abril de 2002, com seu funcionamento total a partir de 17 de julho. Desde o início notam-se as evidências de mudança de paradigma e abrangência de atendimento.

De um número máximo mensal de 14.442 consultas realizadas pelo antigo Instituto de Previdência do Estado – IPE, nas únicas cidades de abrangência, Curitiba e Londrina, em março de 2002 (mês atípico, pois houve um grande afluxo de beneficiários movidos pelos rumores de fechamento do IPE).

Atendeu-se pelo SAS um número de 37.382 consultas só no mês de novembro, abrangendo beneficiários espalhados por diversas cidades do nosso Estado.

Ressalta-se também o expressivo número de 61.035 exames realizados e 1.316 internamentos, só no mês em questão. Estes números não encontram comparação com os do antigo IPE, não só pelo fato dos internamentos serem extremamente reduzidos no antigo sistema, mas também pelo fato do IPE não possuir qualquer tipo de registro efetivo do que se realizava ou como os recursos eram utilizados.

#### **5.2.4. Aceitabilidade – Pesquisa de Opinião**

Pesquisa realizada pelo Instituto Tele cidadão em 2002 ouviu 1.891 beneficiários que já utilizaram o SAS em 107 municípios entre os dias 14 e 21 de novembro. O levantamento realizado através de critérios científicos consagrados mostra que 91,5% dos beneficiários estão satisfeitos com o atendimento prestado pelos Hospitais contratados. Na avaliação dos servidores pesquisados, 90% acreditam no SAS e acham que ele deve permanecer ativo, pois a metade desses servidores já o considera, apesar de seu pequeno período de vida, superior ao antigo IPE.

<b>Índice de satisfação = 91,5%</b>
-------------------------------------

O alto grau de satisfação é surpreendente, pois conforme verificado nos dados publicados pelo Jornal do Conselho Federal de Medicina de agosto de 2002, os planos de saúde estaduais tradicionalmente são cotados entre os piores, destacando-se negativamente nos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Goiás e Bahia.

A comprovação dos dados da alta aceitabilidade, e satisfatoriedade do SAS, acham-se substanciados pela adesão ao plano do Ministério Público, Tribunal de Justiça, além de várias comunicações de usuários atestando a qualidade dos serviços, inclusive de representantes do Sindicato dos Professores.



### **5.2.5. Estrutura Física e Funcional**

O papel primordial da SEAP através do DAS (Departamento de Assistência à Saúde) é o controle da qualidade dos serviços prestados pelos 11 hospitais contratados, utilizando para isso vários recursos:

- 0800 41 3738 – Central de Atendimento.
- Página na Web ([www.pr.gov.br/seap/sas](http://www.pr.gov.br/seap/sas)) – Fale com o SAS.
- Núcleos avançados em todos os Hospitais.
- Equipe técnica do SAS.
- Auditorias locais.
- Ouvidoria Geral do Estado.

É administrado através de uma equipe técnica constituída por seis médicos e 30 funcionários administrativos. Neste novo sistema reduz-se drasticamente a necessidade de estruturas administrativas e de controladorias por parte do Estado, pois o mesmo passa a ter a incumbência tão somente de zelar pelo BOM ATENDIMENTO e pela QUALIDADE dos serviços prestados. Não há mais necessidade de espaços físicos complexos, estruturas administrativas de atendimento ao servidor, de liberação de procedimentos, de revisão de contas, de compatibilizações financeiras, de prestação direta de assistência médica, etc. Todo o processo de prestação de assistência médica, controladoria e custos passam a ser dos Hospitais Contratados, cuja solvência e equilíbrio financeiro dependem diretamente do eficaz gerenciamento praticado por estes.

### **5.2.6. Pontos Positivos**

Com base na pesquisa de opinião realizada, os principais pontos positivos destacados pelos servidores foram:

- Qualidade da assistência médica.
- Excelência dos Hospitais contratados.
- Abrangência em todo o Estado.
- Ausência de ônus para os servidores por se tratar de um sistema totalmente gratuito.

### **5.2.7. Pontos Negativos**

As maiores queixas concentraram-se na regionalização, pois como o SAS não pode contemplar todas as regiões, beneficiários de algumas localidades apontaram como principal descontentamento, a grande distância da sede até eles.

Outro ponto apontado foi no agendamento inicial de consultas e marcação de exames, dificuldades previsíveis por se tratar de um sistema totalmente novo tanto para os prestadores como para os beneficiários, uma vez que no início do SAS, pode-se observar a existência de uma demanda reprimida no que diz respeito ao atendimento médico pelo fechamento do IPE.

### **5.2.8. SAS Prestadores de Serviço**

O benefício do SAS começou a valer em 2002 com 11 unidades de atendimento. Em 2003 passando a 15 e em 2005, 41 unidades contratadas para oferecer serviços de saúde ao servidor e dependentes, em todo o Estado.

O beneficiário está cadastrado em uma Macrorregião, tendo direito a usufruir também do atendimento em outra unidade contratada a partir de 01 de Março de 2005. Qualquer beneficiário independente do local de residência pode escolher entre o atendimento na macrorregião ou na nova unidade contratada a partir de 01 de março de 2005, sendo que na nova unidade contratada estarão disponíveis os seguintes serviços:

- Consulta em clínica médica;
- Consulta em pediatria;
- Consulta em ginecologia obstetrícia;
- Exames básicos de radiodiagnóstico;
- Exames de análises clínicas e
- Pronto atendimento 24 horas.

### **5.2.9. Hospitais cadastrados**

Até abril/2006 temos 15 municípios com um total de 74 hospitais cadastrados, conforme tabelas no anexo III.

### **5.3. PESQUISA, MUDANÇAS E LICITAÇÕES**

#### **5.3.1. Pesquisa**

A qualidade dos serviços do Sistema de Assistência à Saúde está melhorando com as reformulações que o governo está promovendo.

É o que mostra a pesquisa de opinião realizada neste ano de 2006 com usuários do sistema. De acordo com o levantamento, 87,64% dos consultados consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com itens como consultas médicas, exames, pronto-socorro, internamentos e procedimentos ambulatoriais.

Além do nível de satisfação, a pesquisa buscou apurar o grau de conhecimento dos usuários a respeito do sistema e ainda os principais problemas na avaliação deles, sugestões para melhorar a qualidade dos serviços e a frequência com que o SAS é utilizado pelos servidores. Foram ouvidos nos meses de janeiro e fevereiro, 2134 beneficiários (servidores da ativa, aposentados e dependentes), dos municípios que compõem os 15 núcleos regionais do sistema (chamados de macrorregiões).

Segundo a pesquisa, no geral 28,78% dos beneficiários estão muito satisfeitos, outros 58,86% dos consultados estão satisfeitos. Os poucos satisfeitos somam 8,96%, os insatisfeitos 3,3%. O item com maior nível de satisfação dos usuários é o procedimento ambulatorial, no qual a aprovação é de 93,6%. O estudo foi feito pela Kepler Consultoria e Pesquisa, empresa que venceu a licitação para realizar o levantamento.

#### **5.3.2. Mudanças**

O SAS está passando por novas mudanças desde janeiro de 2003, quando se iniciou a atual gestão.

Os técnicos da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência - SEAP elaboraram um projeto de reformulação do sistema – o Novo SAS.

Em linhas gerais, o projeto buscou reduzir a distância entre a casa do beneficiário e o ponto de atendimento mais próximo e instituir mecanismos que assegurassem melhor qualidade dos serviços prestados.

Para começar, uma nova regionalização foi feita. O Paraná foi dividido em 15 áreas. Essas áreas receberam a denominação de macrorregiões, e foram

definidas como sendo aqueles municípios em que o beneficiário do SAS encontra desde atendimento básico até o de mais elevada complexidade.

As macrorregiões foram subdivididas em regionais denominadas mesorregiões ou mesorregiões diferenciadas, de acordo com o tamanho do município. Nas mesorregiões diferenciadas o servidor tem atendimento em todas as especialidades básicas, mais cardiologia, ortopedia, pronto atendimento 24 horas, internamentos de curta duração, cirurgias de baixa complexidade e partos. Nas mesos básicas, há a prestação de serviço das especialidades básicas e pronto atendimento 24 horas.

### **5.3.3. Licitações**

Para a implantação do Novo SAS foram abertas licitações para a contratação de hospitais ou clínicas para as macrorregiões, sob novas regras – que permitem, sobretudo, maior poder de acompanhamento e fiscalização por parte do governo sobre a qualidade dos serviços prestados.

O contrato do SAS é somente com os hospitais das macrorregiões. Eles ficam obrigados a contratar estabelecimentos nas mesorregiões de sua área de abrangência, ou seja, nos municípios menores das redondezas.

## **5.4. DADOS ATUAIS DO SISTEMA**

### **5.4.1. Total de Beneficiários**

O SAS conta hoje (dezembro/2006), com um total de 408.799, sendo 194.095 Titulares e 214. 704 Dependentes.

### **5.4.2. Custo por Beneficiário**

O custo por beneficiário depende da região de atendimento e do Porte do Hospital, variando de R\$ 18,00 a R\$ 20,00.

### **5.4.3. Repasse**

O repasse é efetuado todo início do mês a cada hospital contratado (macrorregião).

#### **5.4.4. Tipo de Controle entre Serviços Pagos e Beneficiários Atendidos**

O controle é realizado através do levantamento dos dados assistenciais enviados via WEB para a CELEPAR, a qual emite relatórios ao Departamento de Assistência a Saúde (DAS). Desta forma, através de vários índices assistenciais, o DAS tem condições de verificar se as estimativas de consultas nas diversas especialidades, assim como os procedimentos médicos e laboratoriais, encontram-se dentro dos parâmetros esperados.

#### **5.4.5. SAS Tem 30 Pontos de Atendimento em Todo o Estado**

O SAS, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência, tem hoje 30 hospitais contratados em todo o estado, para prestar assistência à saúde ao servidor público e seus familiares.

O funcionalismo público do Paraná, ao contrário do que ocorre em outros estados, ou em alguns municípios, não paga manutenção do plano, não há desconto no contracheque.

Ampliar e melhorar a qualidade da assistência à saúde do servidor é um compromisso da atual gestão que vem sendo respeitado. A rede foi triplicada de janeiro de 2003 até agosto de 2005 – eram na ocasião, 11 os pontos de atendimento.

## Capítulo VI – RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO

A seguir são apresentadas recomendações resultantes do aprofundamento do tema e devida conclusão.

### 6.1. RECOMENDAÇÕES

Este estudo não tem a intenção de esgotar o assunto. Tem por objetivo avaliar as expectativas do governo e dos beneficiários em relação ao Sistema de Assistência à Saúde – SAS, dos servidores públicos estaduais no Estado do Paraná, propondo uma nova visão, originando mudanças. Mudanças voltadas para a qualidade dos serviços, melhor aproveitamento dos recursos financeiros e conseqüentemente a participação e envolvimento de todos os servidores do Estado do Paraná, seja qual for a esfera – Executivo, Legislativo ou Judiciário.

Acreditamos que a melhor solução é aquela em que todos os servidores sejam usuários de um sistema próprio do Estado, deixando de possuir planos de saúde privados e também deixando de existir planos paralelos como o dos militares, conhecido como FASPM. Um único plano para todos. Para que isso ocorra nossa proposta é a seguinte:

O Estado do Paraná deve investir na saúde dos servidores, primeiramente com saúde preventiva de modo real e não só no papel, observando as condições de trabalho de cada órgão, e criar um plano de assistência médico – hospitalar, em que:

1. plano propicie cobertura de transplantes, órteses, próteses, cirurgias cardíacas e neurológicas.
2. O servidor será um associado e poderá dispor de plano básico de saúde (opcional), com cobertura integral e desconto em folha de 2% sobre o salário base e não a remuneração (e também por cada dependente preferencial – filhos/cônjuge), para bancar os gastos com serviços básicos, incluindo pensionistas e dependentes. Os associados pagariam pequenas taxas pelas consultas e exames realizados, não havendo cobrança pelas internações. Estas taxas seriam pagas no ato de contratação dos serviços e em torno de 20% dos valores cobrados normalmente pelas clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao plano. Assim o associado pagaria a menor parte dos serviços que utiliza, tendo um plano básico completo e com alto padrão de qualidade.

3. Além do plano básico, existiria também um plano adicional – com valor fixo (menor que os praticados pelos planos de saúde privados) e desconto mensal em folha, para os servidores que quiserem à liberdade de escolha dos médicos da rede própria para consulta e internações hospitalares em acomodações de alto padrão.
4. Neste plano, o servidor poderá incluir dependentes não preferenciais (pais, irmãos, tios, sobrinhos e aqueles definidos por Lei), onde o pagamento será uma taxa diferenciada (observando a idade do agregado – mais idade, menor a taxa), dos atuais planos de saúde, através de boleto bancário e não com desconto em folha do associado titular. Tais agregados pagariam às mesmas taxas nas consultas e exames e estariam isentos nas internações, uma vez que a cobrança de mensalidade supriria tal procedimento.

O governo não estaria criando uma situação exclusiva, uma vez que existe hoje no governo federal para os servidores da Fundação Serviços de Saúde Pública um plano com algumas destas características (CAPESAÚDE – CAPESESP) o qual está funcionando e se expandindo desde sua criação no ano de 1990.

Este novo plano do Estado do Paraná terá que ser fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, garantindo desta forma ao associado/agregado a tranqüilidade de saber que seus interesses são objetos de um trabalho sério e bem fiscalizado.

Síntese das principais mudanças com o Novo Plano:

- O governo cria um novo plano único (programa), utilizando os servidores que hoje atuam no SAS, reavaliando a estrutura dos cargos comissionados e quem sabe os hospitais, laboratórios e clínicas atualmente credenciadas, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, que terá a tarefa de gerenciar e controlar o atendimento à saúde dos servidores efetivos, militares, pensionistas, inativos e reformados e seus dependentes preferenciais e não preferenciais;
- Plano de atendimento integral – os associados terão um custo de 2% e ao invés de limitado os leques de serviços básicos passam a abranger todas as coberturas em clínicas médicas e cirurgias de alta complexidade, que o SAS nunca cobriu;
- O servidor que aderir ao plano e optar pelo básico, passam a arcar com pequeno percentual de 20%, dos valores normais que a rede credenciada cobra para consultas e exames, ficando isento das cobranças para internação;

- Rede credenciada – a rede seria ampliada, com a contratação de hospitais, clínicas, e laboratórios, ampliando a gama de serviços cobertos e resolvendo problemas de falta de estrutura de atendimento;
- Plano de atendimento especial – criação de um plano adicional para os associados que quiserem dispor da liberdade de escolha dos médicos a consultar e de acomodações especiais em casos de internações, com valor fixo (menor que os praticados pelos planos de saúde privados) e desconto mensal em folha.
- Inclusão de agregados dos titulares, mediante pagamento de mensalidade com valor diferenciado dos planos de saúde (via boleto bancário), com as mesmas taxas para consultas e exames e isenção nas internações. A mensalidade varia de acordo com a idade e o plano escolhido (básico ou especial).

Para o êxito deste plano de saúde aqui idealizado para o servidor público no Estado do Paraná, onde exista adesão de todos, atenda plenamente as expectativas, garanta a continuidade, seja qual for o governante da época, primeiramente as três esferas devem ser gestoras, desempenhando suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa, tendo como base os seguintes princípios:

- Aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde e a própria organização do setor saúde, através de um plano que proporcione o atendimento das reais necessidades demandadas pelos servidores. Antes de tudo é necessário ouvir o servidor;
- Definir em todos os níveis de gestão e de atendimento, instrumentos eficazes, de controle e avaliação, possibilitando os ajustes necessários para a evolução do plano;
- Priorizar institucionalmente o desenvolvimento das pessoas do setor saúde, capaz de proporcionar-lhes uma nova forma de olhar a saúde;
- Instituir processos permanentes de avaliação de desempenho do plano, estabelecendo uma agenda, com vistas à implantação do sistema de monitoramento, através de indicadores, métodos e técnicas, largamente divulgados aos associados;
- Ampliar nas três esferas, o debate sobre o aumento de financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos recursos, com propostas de modelos de gestão aplicáveis.



## 6.2. CONCLUSÃO

No decorrer deste estudo verificamos que, antes do início do projeto de criação do Sistema de Assistência à Saúde, iniciou-se um levantamento das diversas formas de pagamento que poderiam ser utilizadas para as entidades que viriam a ser contratadas.

Durante o primeiro esboço do projeto não houve grande progresso, uma vez que as pessoas envolvidas no processo não possuíam vasto conhecimento sobre o assunto.

Tempos mais tarde, quando o projeto foi retomado, não se conseguiu descobrir o motivo, talvez por ser a mais propícia na época, a forma de pagamento escolhida foi o sistema de captação – pagamento per capita, pelo qual o hospital contratado assume o atendimento à saúde de um número determinado de beneficiários da região e em contrapartida, recebem antecipadamente, soma mensal (semelhante ao sistema de pré-pagamento).

O controle é realizado através do levantamento dos dados assistenciais enviados pelos hospitais. Através de vários índices assistenciais, o Departamento de Assistência à Saúde (gerenciador do SAS), tem condições de verificar se as estimativas de consultas nas diversas especialidades, assim como os procedimentos médicos e laboratoriais, encontram-se dentro dos parâmetros esperados. Os beneficiários, usuários ou não, desconhecem os parâmetros e não há divulgação deste controle.

Na mudança de governo em 2003, começaram a ser realizados estudos para avaliar a necessidade de ajustes ou mudanças radicais no sistema. Várias pesquisas na época demonstraram que a satisfação não era total por parte dos usuários.

Conforme se pode observar nas pesquisas realizadas por este estudo, os beneficiários que efetivamente utilizam o sistema sentem-se satisfeitos. Nota-se, entretanto que estes beneficiários representam uma pequena parcela, diante da amostra pesquisada.

Existe ainda uma grande maioria que embora seja beneficiário, não é usuário do sistema e possui um plano de saúde privado para suprir suas necessidades e de seus familiares.

Em 2002 estimou-se que muitos servidores abandonaram seus planos de saúde para ficar com o SAS, mas conforme constatamos neste estudo, pela amostra realizada, 52,3% possuem planos de saúde e não utilizam o SAS.

A expectativa do governo não é das mais otimistas, em relação à continuidade do sistema, pois já em sua gestão passada no ano de 2003, o objetivo era desativar o SAS e reativar o antigo IPE. Muito embora para o ano de 2007, tenha sido destinado um orçamento de R\$ 98.000.000,00 para a Gestão do Sistema de Saúde aos Servidores do Estado do Paraná, visando proporcionar o serviço médico-hospitalar aos agentes públicos, seus dependentes e pensionistas. Outros objetivos da aplicação dessa verba, é proporcionar assistência à saúde com ações de medicina preventiva e curativa necessária a manutenção da saúde dos servidores ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, bem como militares estaduais da ativa, reserva remunerada e os reformados do Estado do Paraná, a serem realizadas através de assistência médico-hospitalar, de caráter geral e especializada, incluindo consultas, cirurgias e exames complementares de diagnóstico e tratamento, prestados pelo Estado, através de instituições credenciadas.

No ano de 2005, o orçamento previsto era de R\$ 96.000.000,00. Em 2006 a previsão foi de R\$ 85.000.000,00.

O sistema de saúde do servidor público no Estado do Paraná, encontra-se em processo de definição. Contudo dadas às características aqui apresentadas torna-se imprescindível garantir ao servidor algo que atenda a grande maioria em todos os níveis de atenção e qualidade.

## **SAÚDE É COISA SÉRIA.**

### 6.3. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – Cobertura Assistencial – Série Planos de Saúde, Conheça seus Direitos, 2005.

ANDREAZZI,M.AR. Crise e Gestão da Crise. A experiência cubana de gestão do setor saúde em tempos de crise In ANDREAZZI,M.F.S. e TURA,L.F.R. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro, Editora Escola Anna Nery, pp. 195-211,1999.

ANDREAZZI,M.F.S. O Seguro Saúde Privado no Brasil. [Tese de Mestrado] Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

BANCO MUNDIAL Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BRAGA,J.M.C. e PAULA,S.G. Saúde e Previdência. São Paulo, Editora CEBES-HUCITEC, 1981.

GENTILE DE MELLO,C. O Seguro no Brasil. Rev. do IRB 25 (146): 37-8,1964.

A Epidemiologia da Cesárea In: Saúde e Assistência Médica no Brasil, São Paulo, CEBES-HUCITEC,pp. 121-129, 1971.

Os Planos de Saúde In A Medicina e a Realidade Brasileira Rio de Janeiro, Edições Achiamé Ltda. pp. 21-4, 1983.

MARTINS, Gilberto de Andrade Estudo de Caso. Uma Estratégia de Pesquisa. São Paulo, Editora Atlas, 2006.

MUSGROVE,P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde, In ANDREAZZI,M.F.S. e TURA,L.F.R. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro, Editora Escola Anna Nery, pp. 63-103,1999.

OLIVA A,M.H. Atuação estatal na área de Saúde Pública: discussão de algumas experiências. In: ANDREAZZI,M.F.S. e TURA,L.F.R. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro, Editora Escola Anna Nery, pp. 177-194,1999.

TOBAR,F., ROSENFELD,N. e REALE,A Modelos de pago de servicios de salud. Cuadernos medico sociales, 74: 39-52, 1997.

PINOTTI, A. José Prioridade x Escassez em Saúde – Visão Política, 1997.

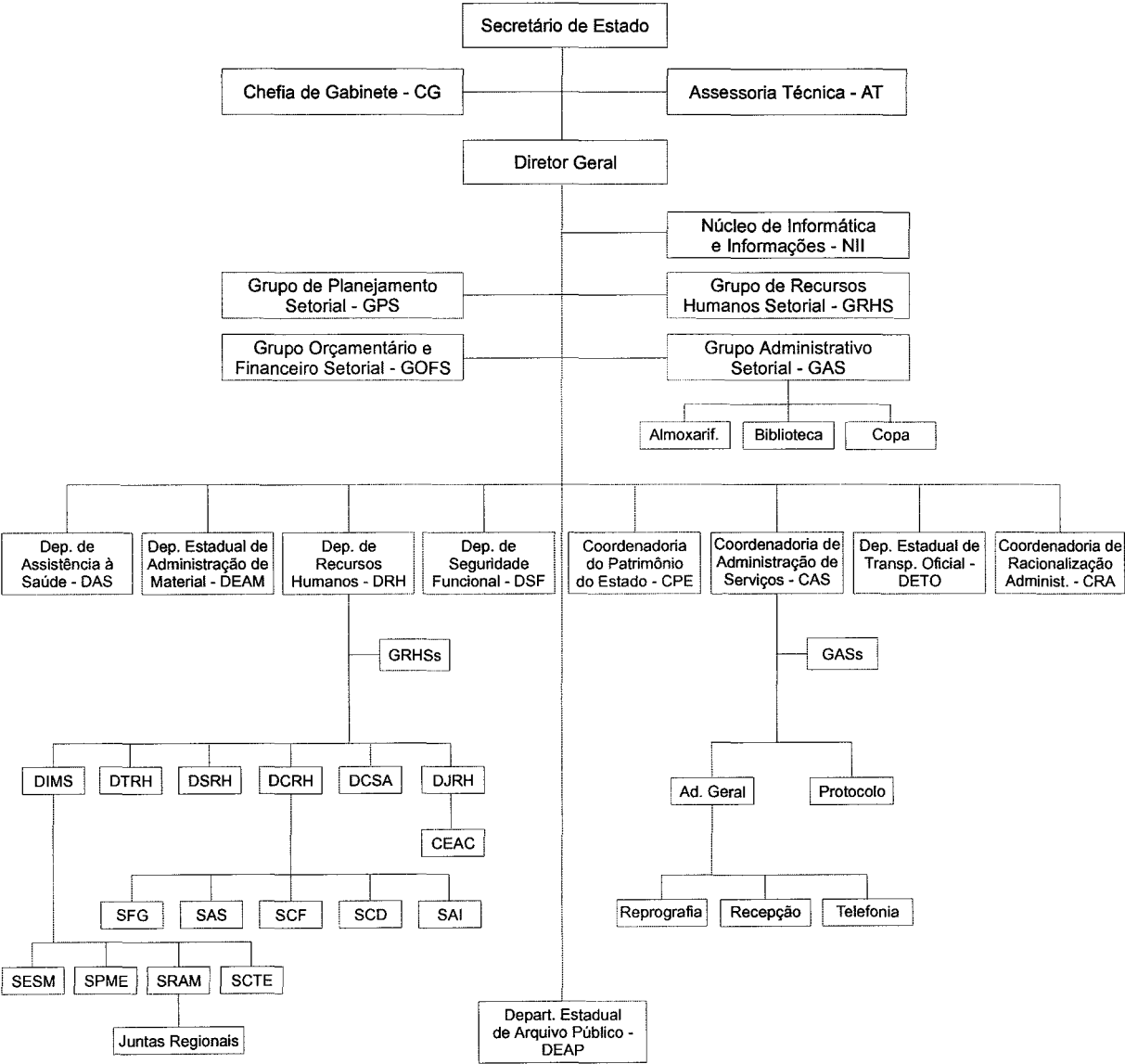
PORTAL DO SERVIDOR/SEAP Governo do Paraná: Disponível em: <<http://www.pr.gov.br/portaldoservidor/>> Acesso em: 6 nov. 2006.

PORTAL DA SEAP: Disponível em: < <http://www.pr.gov.br/seap/> > Acesso em: 3 fev. 2007.

UGÁ,M.A.D. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, O Financiamento da Saúde no Brasil, Série Economia e Financiamento, nº 4, Brasília, Representação do Brasil, 1994.

6.4. ANEXOS

Anexo I - Organograma da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência



## Anexo II - Legenda do Organograma da SEAP

GS	Gabinete do Secretário	AT	Assessoria Técnica
DG	Diretoria Geral	NII	Núcleo de Informática e Informações
DSF	Departamento de Seguridade Funcional	DRH	Departamento de Recursos Humanos
GRHS's	Grupos de Recursos Humanos Setoriais	GPS	Grupo de Planejamento Setorial
GRHS	Grupo de Recursos Humanos Setorial	GFS	Grupo Financeiro Setorial
CAS	Coordenadoria de Administração de Serviços	GAS	Grupo Administrativo Setorial
GAS's	Grupos Administrativos Setoriais	CRA	Coordenadoria de Racionalização Administrativa
CPE	Coordenadoria do Patrimônio do Estado	DIMS	Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional
GEEG	Gerência Executiva Escola de Governo	DSRH	Divisão de Recrutamento e Seleção de Recursos Humanos
DCRH	Divisão de Cadastro de Recursos Humanos	DCSA	Divisão de Cargos e Salários
DJRH	Divisão Jurídica de Recursos Humanos	CEAC	Comissão Especial de Abandono de Cargos
CAC	Comissão de Acúmulo de Cargo	SFG	Setor Financeiro Geral
SAS	Setor Administrativo de Sistemas	SCF	Setor de Cadastro Funcional
SCD	Setor de Consignações e Descontos	DEAP	Departamento Estadual de Arquivo Público
DEAM	Departamento de Administração de Material	DETO	Departamento de Transporte Oficial

Fonte: <http://celepar7cta.pr.gov.br/SEAP/SiteSeap.nsf/Principal?OpenFrameset&Secretaria>

### **Anexo III - Decreto da Criação do Sistema de Assistência à Saúde**



#### **DECRETO Nº 5303 - 04/02/2002**

Publicado no Diário Oficial Nº 6164 de 05/02/2002

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, incisos V e VI, da Constituição Estadual e tendo em vista o disposto nas Leis nºs 8.485, de 3 de junho de 1987 e 6.174, de 16 de novembro de 1970,

#### **DECRETA:**

Art. 1º. Fica instituído, no âmbito da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência, o Departamento de Assistência à Saúde – DAS, com a atribuição de gerir o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Cíveis Efetivos e Militares, Ativos, Aposentados, da Reserva Remunerada, Reformados e seus Dependentes, bem como os Pensionistas do Estado do Paraná.

Art. 2º. Fica aprovado o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde – SAS, na forma do Anexo ao presente Decreto, onde estão especificados a abrangência do Sistema, os seus beneficiários e as formas de acesso aos serviços assistenciais.

Art. 3º. Os cargos de provimento em comissão, 1 (um) cargo de Superintendente - Símbolo DAS-1, 3 (três) cargos de Diretor – Símbolo DAS-3, 1 (um) cargo de Secretário Executivo – Símbolo DAS-4, 1 (um) cargo de Assistente – Símbolo 1-C, 1 (um) cargo de Assistente – Símbolo 2-C, 1 (um) cargo de Chefe de Gabinete – Símbolo 3-C, 1 (um) cargo de Assistente – Símbolo 4-C, 2 (dois) cargos de Assistente – Símbolo 7-C, a que se refere o artigo 115 da Lei Estadual nº 12.398, de 30 de dezembro de 1998, passam a integrar a estrutura da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência.

Art. 4º. A prestação de serviços médico-hospitalar e ambulatorial atualmente desenvolvida com base no artigo 1º do Decreto nº 722, de 10 de maio de 1999, cessará quando da implementação do Sistema de Assistência à Saúde.

Art. 5º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se o Regulamento do Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado do Paraná – IPE, aprovado pelo Decreto nº 5.458, de 22 de setembro de 1982 e as demais disposições em contrário.

Curitiba, em 04 de fevereiro de 2002, 181º da Independência e 114º da República.

JAIME LERNER,  
Governador do Estado

RICARDO AUGUSTO CUNHA SMIJTINK,  
Secretário de Estado da Administração e da Previdência

MIGUEL SALOMÃO,  
Secretário de Estado do Planejamento e Coordenação Geral

JOSÉ CID CAMPÊLO FILHO,  
Secretário de Estado do Governo

Fonte: <http://www.pr.gov.br/casacivil/legislacao.shtml>

## ANEXO A QUE SE REFERE O DECRETO Nº 5303/2002

### SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### REGULAMENTO

#### TÍTULO I – DA ORGANIZAÇÃO

##### CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Art. 1º. O Sistema de Assistência à Saúde – SAS - tem por objetivo oferecer ações de saúde necessárias à recuperação e manutenção da saúde dos servidores públicos efetivos e militares do Estado do Paraná, bem como de seus dependentes.

Parágrafo único. As ações de saúde, referidas no caput deste artigo, serão prestadas por unidades hospitalares ou suas mantenedoras, especialmente contratadas para esse fim, e compreendem:

- I - assistência ambulatorial, incluindo consultas médicas de todas as especialidades, exames complementares, terapias e tratamentos; e
- II – assistência hospitalar, incluindo internações clínicas e cirúrgicas, em todas as especialidades, com cobertura obstétrica.

##### CAPÍTULO II - DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2º. São considerados beneficiários para efeitos deste Regulamento:

I - Na qualidade de Titular:

- a) o servidor efetivo ativo e inativo;
- b) o militar da ativa, da reserva remunerada e o reformado; e
- c) o pensionista.

II - Na condição de dependente do Titular:

- a) o cônjuge; ou
- b) o(a) companheiro(a), na constância da união estável; e
- c) os filhos solteiros, desde que:
  - c1. menores de 21 anos e não emancipados, e
  - c2. definitivamente inválidos ou incapazes de qualquer idade, quando a invalidez ou incapacidade for adquirida até os 21 anos.

§ 1º. Para efeitos deste Regulamento, a união estável, referida na alínea "b" do inciso II, somente será reconhecida ante a existência de coabitação em regime marital, mediante residência sob o mesmo teto, por prazo não inferior a dois anos, ou menor, quando houver prole em comum.

§ 2º. Não será considerada união estável, para efeitos deste Regulamento, o tempo de coabitação simultânea, mesmo em tetos distintos, entre o Titular e mais de uma pessoa.

§ 3º. A condição de invalidez definitiva do dependente, prevista no inciso II da alínea "c2" deste artigo, deverá ser comprovada em laudo de Junta Médica Oficial do Estado, sendo obrigatória sua verificação anual.

§ 4º. Fica assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular do SAS, como seu dependente.

§ 5º. Não é permitida aos pensionistas a inscrição de dependentes.

### CAPÍTULO III - DA INSERÇÃO E EXCLUSÃO DO SISTEMA

Art. 3º. Serão considerados inseridos no SAS todos os beneficiários previstos no artigo 2º deste Regulamento.

§ 1º. A aceitação das normas deste Regulamento e demais condições de utilização dar-se-á por meio de formalização expressa do beneficiário.

§ 2º. Os Cartões de Beneficiário serão entregues ao Titular.

Art. 4º. A perda da qualidade de beneficiário do Sistema de Assistência à Saúde ocorrerá:  
I - para o Titular:

- a) com o afastamento sem remuneração por prazo superior a 30 dias;
- a) com o desligamento do serviço público;
- b) com a cessação da pensão ou casamento do pensionista;
- c) pelo falecimento.

II - para os dependentes, nas seguintes condições:

- a) ao cônjuge, pela separação judicial, pelo divórcio, ou pela anulação do casamento;
- b) ao companheiro(a), quando for revogada a sua indicação pelo Titular, ou desaparecidas as condições inerentes a essa qualidade;
- c) aos filhos, ao completar 21 anos de idade, ou pela emancipação;
- d) aos filhos maiores e inválidos, pela cessação da invalidez; e
- e) para qualquer filho, pelo casamento ou falecimento.

§ 1º. A exclusão do Titular implicará na exclusão automática de seus dependentes.

§ 2º. Para qualquer beneficiário, a exclusão ocorrerá com a comprovação de utilização indevida do SAS, independentemente da obrigatoriedade de ressarcimento da despesa incorrida e sem prejuízo da ação penal cabível.

### CAPÍTULO IV - DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. A Secretaria de Estado da Administração e da Previdência - SEAP fornecerá aos beneficiários o Cartão de Beneficiário, cuja apresentação, acompanhada de documento de identificação oficialmente reconhecido, assegurará o acesso aos serviços assistenciais.

### CAPÍTULO V – DAS OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. São obrigações dos Titulares e seus dependentes:

- I - conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do SAS, respondendo por qualquer irregularidade praticada, que fira ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas;
- II - submeter-se à perícia médica e prestar esclarecimentos sobre a utilização de qualquer benefício do SAS, sempre que solicitado;
- III- formalizar a exclusão de qualquer dependente que venha perder a condição de beneficiário do SAS;
- IV - responsabilizar-se formalmente por despesas com assistência à saúde realizadas em unidades assistenciais não contratadas pelo SAS;
- V - proceder a devolução do Cartão de Beneficiário, em caso de exclusão do Sistema;
- VI - comunicar, imediatamente, à Secretaria de Estado da Administração e da Previdência o extravio do Cartão de Beneficiário do SAS, responsabilizando-se por eventuais danos e despesas decorrentes.



§ 1º. O Cartão de Beneficiário do SAS é de uso estritamente pessoal, sendo que a sua utilização por terceiros e as despesas dela decorrentes, ficam sob a responsabilidade integral do Titular, podendo resultar na sua exclusão definitiva do Sistema.

§ 2º. A SEAP cobrará pela emissão de vias do Cartão de Beneficiário do SAS extraviado ou danificado.

## CAPÍTULO VI - DA GESTÃO

Art. 7º. O Sistema de Assistência à Saúde será gerido pela Secretaria de Estado da Administração e da Previdência, na forma disposta neste Regulamento.

Art. 8º. Cabe à Secretaria de Estado da Administração e da Previdência, como órgão gestor do SAS:

- I – ordenar pagamentos e transferências de recursos, mediante emissão de empenhos para ordens de pagamento, crédito em conta e crédito em outros bancos;
- II - estabelecer os instrumentos que serão utilizados para contratação de instituições que prestarão serviços de assistência aos beneficiários do SAS;
- III - fixar critérios para a contratação de instituições de prestação de serviços de assistência à saúde;
- IV - firmar contratos com hospitais, ou suas mantenedoras para prestação de serviços de assistência à saúde;
- V - estabelecer parâmetros, protocolos e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços oferecidos pelas instituições contratadas;
- VI - criar mecanismos de auditoria direta e indireta, destinados a avaliar, junto aos beneficiários, a qualidade do atendimento que está sendo oferecido pelas instituições contratadas;
- VII - acompanhar e fiscalizar as atividades das instituições contratadas e zelar pelo cumprimento das normas previstas para o SAS;
- VIII - avaliar, com base em análise técnica-atuarial, a cobertura dos procedimentos previstos no sistema;
- IX - avaliar os mecanismos de regulação e o desempenho das instituições contratadas;
- X - controlar a inserção bem como a perda da qualidade de beneficiário do SAS;
- XI - intermediar ou arbitrar, entre os contratados, o ressarcimento de despesas decorrentes do atendimento de beneficiários de uma região geográfica em outra;

## TÍTULO II - DOS SERVIÇOS DO SAS

### CAPÍTULO I -CARACTERÍSTICAS E MODALIDADES

Art. 9º. O Sistema de Assistência à Saúde terá cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, exclusivamente no âmbito do Estado do Paraná.

Art. 10. A cobertura a que refere o artigo anterior é a prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, aprovada pela Organização Mundial de Saúde, excetuando-se o contido no artigo 12 deste Regulamento.

Art. 11. A cobertura assistencial, compreende, especificamente, os seguintes procedimentos:

- I - cobertura de consultas médicas, em número ilimitado para doenças cobertas pelo SAS;
- II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, terapias e tratamentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- III - cobertura de internações hospitalares, inclusive partos, em aposento coletivo de dois leitos, ou em unidade de terapia intensiva para tratamentos clínicos e cirúrgicos, sem limitação de prazo, a critério do médico assistente;

IV - cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e terapias, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, além da cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

V - cobertura de toda e qualquer taxa referente à internação hospitalar, incluindo os materiais utilizados, assim como a remoção do paciente internado para outro hospitalar contratado, dentro do Estado do Paraná, quando comprovadamente necessária e justificada pelo médico assistente;

VI - cobertura de despesas de alimentação e acomodação para um acompanhante de pacientes menores de 18 e maiores de 65 anos; e

VII - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, até sua inserção no Sistema de Assistência à Saúde.

Parágrafo único. É assegurado, independentemente do local de residência do beneficiário, o atendimento em qualquer hospital contratado pelo SAS, nos casos de:

I - emergência, como tal definidos os eventos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

II - urgência, assim entendidos os eventos resultantes de acidentes, ou de complicações no processo gestacional.

Art. 12. Estão excluídos da cobertura do SAS, os seguintes procedimentos:

I - tratamentos clínicos e cirurgias experimentais, exames e terapêutica não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II - tratamentos ou cirurgias ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

III - especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

IV - inseminação artificial;

V - tratamento de rejuvenescimento, ou de emagrecimento com finalidade estética;

VI - tratamento odontológico e ortodôntico;

VII - cirurgias plásticas de qualquer natureza, salvo aquelas que visem reparar e resgatar funções, em decorrência de acidente ou doença;

VIII - realização de "check up";

IX - fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza, excetuando-se as de uso temporário e os elementos de síntese óssea ligados a ato operatório;

X - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

XI - vacinas em geral;

XII - fornecimento de atestados, ou laudos de avaliação para prática de esportes, ou lazer, bem como atestados inerentes à medicina ocupacional;

XIII - cirurgia para correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo;

XIV - transplantes de órgãos de qualquer natureza;

XV - internamento social para desabilitados ou idosos;

XVI - tratamentos em psicologia e fonoaudiologia;

XVII - ressonância nuclear magnética;

XVIII - embolizações de anomalias vasculares neurológicas;

XIX - cirurgias cardíacas;

XX - diálises; e

XXI - exames de genética médica.

## CAPÍTULO II - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art.13. O SAS será oferecido aos beneficiários, nas cidades sede das Regiões do Sistema, descritas abaixo, pelas instituições que serão contratadas pela Secretaria de Estado da Administração e da Previdência:

- 1ª Região - Campo Mourão
- 2ª Região - Cascavel
- 3ª Região - Curitiba
- 4ª Região - Foz do Iguaçu
- 5ª Região - Guarapuava
- 6ª Região - Jacarezinho
- 7ª Região - Londrina
- 8ª Região - Maringá
- 9ª Região - Pato Branco/Francisco Beltrão
- 10ª Região - Ponta Grossa
- 11ª Região - Toledo
- 12ª Região- Umuarama

§ 1º. Os municípios que compõem cada Região do SAS, estão especificados no Anexo I deste Regulamento.

§ 2º. O atendimento a consultas, exames, terapias, tratamentos e internamentos deverá ser realizado dentro da região de saúde onde reside o Titular do SAS.

§ 3º. Todo e qualquer atendimento eletivo, fora da sede da Região de saúde do SAS, poderá ser realizado, desde que devidamente autorizado pelo hospital ao qual o beneficiário está vinculado.

§ 4º. O SAS não se responsabiliza pelo pagamento de quaisquer serviços ou tratamentos não cobertos pelo Sistema.

§ 5º. A relação nominal de médicos, clínicas, hospitais, serviços, ou laboratórios, que estarão disponíveis para o atendimento dos beneficiários de cada região do SAS, deverá ser fornecida pela instituição contratada, ao Titular, por meio magnético ou catálogo impresso.

Art. 14. O beneficiário do SAS deverá dirigir-se à instituição contratada em sua região para ter acesso a qualquer procedimento médico ambulatorial e/ou hospitalar coberto pelo Sistema, identificando-se com o Cartão de Beneficiário, que lhe será fornecido pela Secretaria de Estado da Administração e da Previdência.

§ 1º. Em todos os tipos de atendimento, os beneficiários do SAS obrigam-se a apresentar à instituição contratada, um documento de identificação e o Cartão de Beneficiário.

§ 2º. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 24 horas, contado do início da internação para providenciar a apresentação do Cartão de Beneficiário à instituição contratada.

§ 3º. A falta de apresentação do Cartão de Beneficiário, no prazo previsto neste artigo, desobrigará a instituição contratada de considerar o paciente como beneficiário do SAS e poderá cobrar o atendimento como particular.

§ 4º. A Secretaria da Administração e da Previdência não se responsabiliza pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo beneficiário internado, ou seu acompanhante, as quais deverão ser pagas ao hospital, diretamente pelo beneficiário.

§ 5º. A Secretaria de Estado da Administração e da Previdência não se responsabiliza por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com hospitais, entidades ou médicos, nele incluídos honorários médicos, ou escolha de acomodação hospitalar diferente da prevista no SAS.

§ 6º. Nos casos da necessidade de internação de emergência de qualquer beneficiário, fora de sua região de referência, deve ser feita em outra unidade contratada pelo SAS e comunicada ao hospital contratado de origem, para regularização da situação.

### TÍTULO III - DOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Art. 13. Os conceitos e definições a seguir integram as condições gerais deste Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde:

I - Acidente pessoal: é evento externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;

II - Ambulatorial: é o atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual, o tratamento será atendido como internação;

III - Ambulatório: é a estrutura arquitetada onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos beneficiários;

IV - Atendimento de emergência: é aquele que apresenta risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

V - Atendimento de urgência: é aquele decorrente de acidente pessoal, de complicação no processo gestacional e aquele efetuado para alívio de dor intensa;

VI - Beneficiário: é aquele que tem direito ao benefício;

VII - Benefício: é a cobertura prevista no Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde;

VIII - Cartão de Beneficiário: é o cartão magnético onde consta as informações pessoais do beneficiário e lhe concede o direito de acesso aos benefícios do SAS, perante as instituições contratadas;

IX - Catálogo Médico: é a relação de médicos, serviços próprios, ou referenciados, fornecida aos beneficiários, pelos contratados

X - Cobertura: é o elenco de benefícios e procedimentos que o beneficiário tem direito;

XI - Consulta: é o ato realizado por médico, em consultório, que avalia as condições clínicas do beneficiário;

XII - Doença: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que levam o indivíduo à necessidade de tratamento médico ou hospitalar;

XIII - Eletivo: é o termo usado para designar atendimentos ou procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência;

XIV - Evento: é o conjunto de ocorrências que tem por origem ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física dos beneficiários, em decorrência de acidente ou doença, desde que verificado durante a vigência do contrato e não configure como exclusão de cobertura;

XV - Exame: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita a investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;

XVI - Inserção: é o ato de incluir um beneficiário no Sistema de Assistência à Saúde-SAS, condicionado à aceitação de suas normas;

XVII - Internação hospitalar: é quando o beneficiário permanece em hospital, por mais de 12 horas para ser submetido a algum tipo de tratamento clínico ou cirúrgico;

XVIII - Manual de Beneficiário: é o documento que deve ser entregue aos Titulares do SAS, com as instruções e orientações para acesso aos benefícios do Sistema, bem como com os esclarecimentos dos seus direitos e deveres;

XIX - Órtese: é dispositivo mecânico aplicado sobre segmentos corporais para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir, ou corrigir deformidades e permitir, ou facilitar sua função durante o ato cirúrgico;

XX - Procedimento Médico Ambulatorial: é aquele executado, no máximo com anestesia local, que não exija a presença de médico anestesista e que não ultrapasse 12 horas entre o início do procedimento e a alta do paciente;

XXI - Prótese: é a peça artificial empregada em ato cirúrgico, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;

XXII - Referenciados: designa os profissionais, ou serviços não pertencentes à estrutura física própria do contratado, que atendem os beneficiários do SAS;

XXIII - Serviços: são atos especializados, instalações físicas e equipamentos colocados à disposição do beneficiário, pela instituição contratada, para o atendimento à saúde; e

XXIV - Vigência: é a data a partir da qual entram em vigência, os direitos, os eventos e os contratos do Sistema de Assistência à Saúde.

## Anexo I ao Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde

### **1ª Região – CAMPO MOURÃO:**

ALTAMIRA DO PARANÁ; ARAPUÃ; ARARUNA; BARBOSA FERRAZ; BOA ESPERANÇA; CAMPINA DA LAGOA; CAMPO MOURÃO; CIANORTE; CORUMBATAÍ DO SUL; ENGENHEIRO BELTRÃO; FAROL; FÊNIX; GODOY MOREIRA; INDIANÓPOLIS; IRETAMA; IVAIPORÃ; JANIÓPOLIS; JAPURÁ; JARDIM ALEGRE; JURANDA; JUSSARA; LIDIANÓPOLIS; LUIZIANA; LUNARDELLI; MAMBORÊ; MANOEL RIBAS; MATO RICO; MOREIRA SALES; NOVA CANTU; NOVA TEBAS; PEABIRU; QUINTA DO SOL; RONCADOR; SÃO JOÃO DO IVAÍ; SÃO MANOEL DO PARANÁ; SÃO TOMÉ; TERRA BOA.

### **2ª Região – CASCAVEL:**

BOA VISTA DA APARECIDA; BRAGANEY; CAMPO BONITO; CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES; CASCAVEL; CATANDUVAS; DIAMANTE DO SUL; ESPIGÃO ALTO DO IGUAÇU; GUARANIAÇU; IBEMA; LINDOESTE; QUEDAS DO IGUAÇU; SANTA LÚCIA; SANTA TEREZA DO OESTE; TRÊS BARRAS DO PARANÁ.

### **3ª Região – CURITIBA:**

ADRIANÓPOLIS ; AGUDOS DO SUL; ALMIRANTE TAMANDARÉ; ANTONINA ; ANTONIO OLINTO; ARAUCÁRIA; Balsa Nova ; BOCAIUVA DO SUL; CAMPINA GRANDE DO SUL; CAMPO DO TENENTE; CAMPO LARGO; CAMPO MAGRO; CERRO AZUL; COLOMBO; CONTENDA; CURITIBA; DOUTOR ULYSSES; FAZENDA RIO GRANDE; GUARAQUEÇABA; GUARATUBA; ITAPERUÇU; LAPA; MANDIRITUBA ; MATINHOS; MORRETES; PARANAGUÁ; PIÊN; PINHAIS; PIRAQUARA; PONTAL DO PARANÁ; QUATRO BARRAS; QUITANDINHA; RIO BRANCO DO SUL; RIO NEGRO; SÃO JOSÉ DOS PINHAIS; SÃO MATEUS DO SUL; TIJUCAS DO SUL; TUNAS DO PARANÁ.

### **4ª Região – FOZ DO IGUAÇU:**

CÉU AZUL; DIAMANTE DO OESTE; ENTRE RIOS DO OESTE; FOZ DO IGUAÇU; GUAÍRA; ITAIPULÂNDIA; MARECHAL CÂNDIDO RONDON; MATELÂNDIA; MEDIANEIRA; MERCEDES; MISSAL; OURO VERDE DO OESTE; PATO BRAGADO; QUATRO PONTES; RAMILÂNDIA; SANTA HELENA; SANTA TEREZINHA DO ITAIPU; SÃO JOSÉ DAS PALMEIRAS; SÃO MIGUEL DO IGUAÇU; SÃO PEDRO DO IGUAÇU; SERRANÓPOLIS DO IGUAÇU; VERA CRUZ DO OESTE.

**5ª Região – GUARAPUAVA:**

BOA VENTURA DE SÃO ROQUE; CAMPINA DO SIMÃ; CANDÓI; ; CANTAGALO; CRUZ MACHADO; FOZ DO JORDÃO; GOIOXIM; GUAMIRANGA; GUARAPUAVA; INÁCIO MARTINS; IRATI; LARANJAL; LARANJEIRAS DO SUL; MALLETT; MARQUINHO; NOVA LARANJEIRAS; PALMITAL; PAULA FREITAS; PAULO FRONTIN; PINHÃO; PITANGA; PORTO BARREIRO; PORTO VITÓRIA; PRUDENTÓPOLIS; REBOUÇAS; RESERVA DO IGUAÇU; RIO AZUL; RIO BONITO DO IGUAÇU; SANTA MARIA DO OESTE; TURVO; UNIÃO DA VITÓRIA; VIRMOND.

**6ª Região – JACAREZINHO:**

ABATIÁ; ANDIRÁ; BANDEIRANTES; BARRA DO JACARÉ; CAMBARÁ; CARLÓPOLIS; CONSELHEIRO MAIRINCK; FIGUEIRA; GUAPIRAMA; IBAITI; ITAMBARACÁ; JABOTI; JACAREZINHO; JAPIRA; JOAQUIM TÁVORA; JUNDIAÍ DO SUL; PINHALÃO; QUATIGUÁ; RIBEIRÃO CLARO; RIBEIRÃO DO PINHAL; SALTO DO ITARARÉ; SANTA AMÉLIA; SANTANA DO ITARARÉ; SANTO ANTÔNIO DA PLATINA; SÃO JOSÉ DA BOA VISTA; SIQUEIRA CAMPOS; TOMAZINA; WENCESLAU BRAZ.

**7ª Região – LONDRINA:**

ALVORADA DO SUL; APUCARANA; ARAPONGAS; ASSAÍ; BELA VISTA DO PARAÍSO; BORRAZÓPOLIS; CAFEARA; CALIFÓRNIA; CAMBÉ; CENTENÁRIO DO SUL; CONGONHINHAS; CORNÉLIO PROCÓPIO; CRUZMALTINA; CURIÚVA; FAXINAL; FLORESTÓPOLIS; GRANDES RIOS; GUARACI; IBIPORÃ; JAGUAPITÃ; JATAIZINHO; LEÓPOLIS; LONDRINA; LUPIONÓPOLIS; MARILÂNDIA DO SUL; MAUÁ DA SERRA; MIRASELVA; NOVA AMÉRICA DA COLINA; NOVA FÁTIMA; NOVA SANTA BÁRBARA; NOVO ITACOLOMI; ORTIGUEIRA; PITANGUEIRAS; PORECATU; PRADO FERREIRA; PRIMEIRO DE MAIO; RANCHO ALEGRE; RIO BOM; ROLÂNDIA; SABÁUDIA; SANTA CECÍLIA DO PAVÃO; SANTA MARIANA; SANTO ANTÔNIO DO PARAÍSO; SÃO JERÔNIMO DA SERRA; SÃO SEBASTIÃO DA AMOREIRA; SAPOPEMA; SERTANEJA; SERTANÓPOLIS; TAMARANA; URAÍ.

**8ª Região – MARINGÁ:**

ALTO PARANÁ; ÂNGULO; ASTORGA; ATALAIA; BOM SUCESSO; CAMBIRA; COLORADO; CRUZEIRO DO SUL; DOUTOR CAMARGO; FLORAÍ; FLORESTA; FLÓRIDA; IGUARAÇU; INAJÁ; ITAGUAJÉ; ITAMBÉ ; ATUBA ; JANDAIA DO SUL ; JARDIM OLINDA ; KALORÉ ; LOBATO ; MANDAGUAÇU ; MANDAGUARI; MARIALVA; MARINGÁ; MARUMBI; MUNHOZ DE MELO; NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS; NOVA ESPERANÇA; OURIZONA; PAIÇANDU; PARANACITY; PARANAPOEM ; PARANAVAÍ; PRESIDENTE CASTELO BRANCO; SANTA FÉ; SANTA INÊS; SANTO ANTÔNIO DO CAIUÁ; SANTO INÁCIO; SÃO CARLOS DO IVAÍ; SÃO JOÃO DO CAIUÁ; SÃO JORGE DO IVAÍ; SÃO PEDRO DO IVAÍ; SARANDI; TAMBOARA; UNIFLOR.

**9ª Região – PATO BRANCO/FRANCISCO BELTRÃO:**

AMPÉRE; BARRAÇÃO; BELA VISTA DA CAROBA; BITURUNA; BOA ESPERANÇA DO IGUAÇU; BOM JESUS DO SUL; BOM SUCESSO DO SUL; CAPANEMA; CHOPINZINHO; CLEVELÂNDIA; CORONEL DOMINGOS SOARES; CORONEL VIVIDA; ; CRUZEIRO DO IGUAÇU; DOIS VIZINHOS; ENÉAS MARQUES; FLOR DA SERRA DO SUL; FRANCISCO BELTRÃO; GENERAL CARNEIRO; HONÓRIO SERPA; ITAPEJARA DO OESTE; MANFRINÓPOLIS; MANGUEIRINHA; MARIÓPOLIS; MARMELEIRO; NOVA ESPERANÇA DO SUDOESTE; NOVA PRATA DO IGUAÇU; PALMAS; PATO BRANCO; PÉROLA DO OESTE; PINHAL DE SÃO BENTO; PLANALTO; PRANCHITA; REALEZA; RENASCENÇA; SALGADO FILHO; SALTO DO LONTRA; SANTA IZABEL DO OESTE; SANTO ANTÔNIO DO SUDOESTE; SÃO JOÃO; SÃO JORGE DO OESTE; SAUDADE DO IGUAÇU; SULINA; VERÊ; VITORINO.

**10ª Região – PONTA GROSSA:**

ARAPOTI; ARIRANHA DO IVAÍ; CÂNDIDO DE ABREU; CARAMBEÍ; CASTRO; FERNANDES PINHEIRO; IMBAÚ; IMBITUVA; IPIRANGA; IVAÍ; JAGUARIAÍVA; PALMEIRA; PIRAÍ DO SUL; PONTA GROSSA; PORTO AMAZONAS; RESERVA; RIO BRANCO DO IVAÍ; ROSÁRIO DO IVAÍ; SÃO JOÃO DO TRIUNFO; SENGÉS; TEIXEIRA SOARES; TELÊMACO BORBA; TIBAGI; VENTANIA.

**11ª Região – TOLEDO**

ALTO PIQUIRI; ANAHY; ASSIS CHATEAUBRIAND; BRASILÂNDIA DO SUL; CAFELÂNDIA; CORBÉLIA; FORMOSA DO OESTE; FRANCISCO ALVES; GOIOERÊ; IGUATU; IPORÃ; IRACEMA DO OESTE; JESUÍTAS; MARIPÁ; NOVA AURORA; NOVA SANTA ROSA; PALOTINA; QUARTO CENTENÁRIO; RANCHO ALEGRE DO OESTE; TERRA ROXA; TOLEDO; TUPÃSSI; UBIRATÃ.

**12ª Região – UMUARAMA :**

ALTÔNIA; AMAPORÃ; CAFEZAL DO SUL; CIDADE GAÚCHA; CRUZEIRO DO OESTE; DIAMANTE DO NORTE; DOURADINA; ESPERANÇA NOVA; GUAIRAÇÁ; GUAPOREMA; ICARAÍMA; ITAÚNA DO SUL; IVATÉ; LOANDA; MARIA HELENA; MARILENA; MARILUZ; MIRADOR; NOVA ALIANÇA DO IVAÍ; NOVA LONDRINA; NOVA OLÍMPIA; PARAÍSO DO NORTE; PEROBAL; PÉROLA; PLANALTINA DO PARANÁ; PORTO RICO; QUERÊNCIA DO NORTE; RONDON; SANTA CRUZ DO MONTE CASTELO; SANTA ISABEL DO IVAÍ; SANTA MÔNICA; SÃO JORGE DO PATROCÍNIO; SÃO PEDRO DO PARANÁ; TAPEJARA; TAPIRA; TERRA RICA; TUNEIRAS DO OESTE; UMUARAMA; VILA ALTA; XAMBRÊ.

## **Anexo IV - Decreto da Aprovação do Regulamento do SAS**



### **DECRETO Nº 5356 - 19/02/2002**

Publicado no Diário Oficial Nº 6173 de 20/02/2002

Súmula: O Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde - SAS, aprovado pelo Decreto nº 5.303, de 04/02/02, passa a vigorar na forma do Anexo que faz parte integrante do presente Decreto.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, incisos V e VI, da Constituição Estadual e sob proposta da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência,

#### **DECRETA:**

Art. 1º. O Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde – SAS, aprovado pelo Decreto nº 5.303, de 4 de fevereiro de 2002, passa a vigorar na forma do Anexo que faz parte integrante do presente Decreto.

Art. 2º. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º. Revogam-se as disposições em contrário.

Curitiba, em 19 de fevereiro de 2002, 181º da Independência e 114º da República.

**JAIME LERNER,**  
Governador do Estado

**RICARDO AUGUSTO CUNHA SMIJTINK,**  
Secretário de Estado da Administração e da Previdência

**MIGUEL SALOMÃO,**  
Secretário de Estado do Planejamento e Coordenação Geral

**JOSÉ CID CAMPÊLO FILHO,**  
Secretário de Estado do Governo

Fonte: <http://www.pr.gov.br/casacivil/legislacao.shtml>



## ANEXO A QUE SE REFERE O DECRETO Nº 5356/2002

## Hospitais Credenciados

		HOSPITAL
Campo Mourão	Macrorregião	Center Clínicas - F.F. Claudino e Cia Ltda
	Núcleo SAS	Center Clínicas - F.F. Claudino e Cia Ltda
	Meso Diferenciada - Ivaiporã	Maternidade Ivaiporã
Cascavel	Macrorregião	Políclina Cascavel
Cianorte	Macrorregião	FHSA - Fundação Hospitalar de Saúde
	Meso - Rondon	Fund. Médica Assistencial do Trabalhador Rural
Curitiba	Macrorregião	Hospital Menino Deus
		Hospital Evangélico
	Núcleo SAS	Centro Médico
	Meso - Lapa	Laboratório de Análises Clínicas Visão
		Consultório Médico
Foz do Iguaçu	Meso Paranaguá	Clínica São Paulo
	Macrorregião	Hospital e Maternidade Cataratas
	Meso - Medianeira	Hospital São Carlos
Fco Beltrão	Macrorregião	Hospital São Francisco
	Núcleo SAS	Hospital São Francisco
	Meso - Realeza	Hosp. E Maternidade Imaculada Conceição
		Clínica de Radiologia Sta Tereza - RX
		Laboratório Imaculada Conceição
HPM	Macrorregião	Hospital da Polícia Militar
Guarapuava	Macrorregião	Medipuava - Convênio Médico e Hospitalar
	Núcleo SAS	Núcleo fora do Hospital
	Meso - Pitanga	Hospital São Vicente de Paulo
Jacarézinho	Macrorregião	Santa Casa de Misericórdia
	Núcleo SAS	Santa Casa de Misericórdia
	Meso Diferenciada - Tomazina	Hospital São Vicente de Paulo
	Meso - Sto Antonio da Platina	Consultas eletivas na Especialidade Básica
		Clínica Médica E. Gastro e Sociedade Simples
		Clínica Pediátrica Moleque Travesso
		Centro de Análises Clínica Platinense s/c Ltda
Londrina		CEDI - Centro de Tomografia e Imagem
	Macrorregião	Irmandade Santa Casa de Londrina
	Núcleo SAS	Núcleo fora do Hospital
	Meso Diferenciada - Apucarana	Hospital da Providência
	Meso Diferenciada - Cornélio Procopio	Clínica Vida Saúde
		Casa de Saúde Dr. João Lima
		CECOR - Centro de Exames Laboratoriais
		Centro Diagnóstico por Imagem Segabinazzi
	Meso - Bandeirantes	Clínica Polimed As
	Meso - Faxinal	Hospital Maternidade São Luiz Ltda

**HOSPITAL**

Maringá	Macrorregião	Hospital Bom Samaritano
	Núcleo SAS	Núcleo fora do Hospital
	Meso - Loanda	Casa de Saúde e Maternidade Sta Catarina
	Meso Diferenciada - Paranavaí	Santa Casa de Paranavaí
Pato Branco	Macrorregião	Políclínica Pato Branco
	Núcleo SAS	Núcleo fora do Hospital
	Meso - Palmas	Hospital São Paulo
Ponta Grossa	Macrorregião	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa
	Meso - Castro	Hospital Anna Fiorão - PS 24hs
		Clínica Médica - Recuperare
	Meso - Telemâco Borba	Hospital Dr. Feitosa S.A
		Clínica Médica
		Ginecologia e Obstetrícia
		Pediatria
		Ortopedia
		Oftalmologia
		Cirurgia Geral
Meso - Irati		Radiodiagnóstico e Ultrassonografia
		Análises Clínicas
		Irmandade do Hospital de Caridade de Irati-PS 24hs
		Clínica Médica
		Ginecologia Obstetrícia e Pediatria
Toledo	Macrorregião	Casa de Saúde Bom Jesus
	Núcleo SAS	Casa de Saúde Bom Jesus
	Meso - Mal. Cândido Rondon	Hospital Fumegali
	Meso - Guaíra	Daparaw al Serviços Médicos Ltda
Umuarama	Macrorregião	CEML-Centro Médico Materno Infantil Ltda
	Núcleo SAS	CEML-Centro Médico Materno Infantil Ltda
União da Vitória	Macrorregião	Hospital e Maternidade APMI
	Núcleo SAS	Hospital e Maternidade APMI
	Meso - São Mateus do Sul	Políclínica São Mateus do Sul
		Consultório Médico-Dr. Áureo Handa
		Consultório-CI Geral
		Laboratório Laborvida
		Laboratório de Análise Clínica Avenida

Atualização em abril/2006

Fonte: Portal do Servidor/SEAP ([www.pr.gov.br](http://www.pr.gov.br)).

**Anexo V - Questionário de Avaliação do Sistema de Assistência à Saúde**

**Questionário para avaliar o uso do Sistema de Assistência à Saúde - SAS**

**1-Você é usuário do Sistema de Assistência à Saúde - SAS ?**

☐ SIM.

☐ NÃO.

**2 - Se você não é usuário do SAS, o que utiliza?**

☐ SUS

☐ PLANOS DE SAÚDE

**Questionário para avaliar o real grau de satisfação dos usuários do Sistema de Assistência à Saúde -SAS**

**1 - Você é usuário do Sistema de Assistência à Saúde - SAS ?**

☐ SIM. (Caso tenha sido esta sua resposta. favor continue a responder este questionário)

☐ NÃO. (Caso tenha sido esta sua resposta. favor não continue a responder este questionário)

**2 - Qual o grau de satisfação em relação ao SAS?**

☐ Muito Satisfeito

☐ Satisfeito

☐ Pouco Satisfeito

☐ Insatisfeito

☐ Sem opinião

**3 - Qual o tempo médio que você teve para conseguir:**

**uma consulta?**

**um exame?**

**um procedimento cirúrgico?**

☐ Uma Semana

☐ Uma Semana

☐ Uma Semana

☐ Duas Semanas

☐ Duas Semanas

☐ Duas Semanas

☐ Um Mês

☐ Um Mês

☐ Um Mês

☐ Dois Meses

☐ Dois Meses

☐ Dois Meses

☐ Mais de dois meses

☐ Mais de dois meses

☐ Mais de dois meses

**4 - Caso você não esteja satisfeito com o SAS, quais as principais deficiências do sistema?**

---

---